



0879

N° 0123-2014-HONADOMANI-SB 2014

Resolución Directoral

Lima, 10 de MARZO de 2014

Visto, el Expediente N° 03859-14.

CONSIDERANDO:



Que, mediante Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, se aprueba el "Documento Técnico: Sistema de Gestión de la Calidad en Salud", de aplicación en ámbito nacional, en las entidades públicas y privadas del sector salud, cuyo objetivo es "Establecer los principios, normas, metodologías y procesos para la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, orientado a obtener resultados para la mejora de la calidad de atención en los servicios de salud", regulando a su vez que los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, tienen como función "Implementar la normatividad vigente del Sistema de Gestión de la Calidad en el establecimiento";



Que, mediante Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, se aprueba el "Documento Técnico: Política Nacional de Calidad en Salud", de aplicación obligatoria por la Autoridad Sanitaria en sus niveles nacional, regional y local, así como por las organizaciones proveedoras de atención de salud públicas, privadas y mixtas en el país, cuyo objetivo es "Establecer las directrices que orienten el desarrollo de las intervenciones destinadas a mejorar la calidad de la atención de salud en el Sistema de Salud del Perú", precisando a su vez como séptima política que "Las Organizaciones proveedoras de atención de salud y sus establecimientos de salud tienen como estrategia la implementación de planes, programas y procesos de mejora de la calidad de la atención en salud";

Que, en ese sentido, el Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad mediante Nota Informativa N° 050-2014-OGC-HONADOMANI-SB, remite al Director General el "Documento Técnico: Plan de Gestión de la Calidad 2014", debidamente visado, cuyo objetivo General es "Fortalecer las intervenciones de mejora de la calidad y de seguridad de la atención, que contribuyan a la acreditación del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé", el mismo que como documento normativo cumple con la estructura mínima y contenido establecido en el artículo 6.1.4 de la Resolución Ministerial N° 526-2011/MINSA que aprueba las "Normas para la elaboración de documentos normativos del Ministerio de Salud";

Que, mediante Memorandum N° 0058.DG.HONADOMANI.SB.2014, el Director General solicita a la Oficina de Asesoría Jurídica proyecte la Resolución Directoral correspondiente;

Que, la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General, establece en el numeral 61.2 del artículo 61° que, toda Entidad es competente para realizar las tareas materiales internas necesarias para el eficiente cumplimiento de su misión y objetivos, así como para la distribución de las atribuciones que se encuentran comprendidas dentro de sus competencias;

Que, estando a lo solicitado por el Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad, resulta necesario emitir el acto administrativo correspondiente;

Contando con las visaciones de la Oficina de Gestión de la Calidad y de la Oficina de Asesoría Jurídica;

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

SE RESUELVE:



Artículo Primero - Aprobar el "**DOCUMENTO TECNICO: PLAN DE GESTION DE LA CALIDAD 2014**" del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé", debidamente visado, el cual consta de Treinta y seis (36) folios, que forma parte de la presente Resolución Directoral.

Artículo Segundo - Disponer que la Oficina de Gestión de la Calidad, implemente la difusión interna del presente documento técnico y su cumplimiento en el Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé".

Artículo Tercero.- Disponer que la Oficina de Estadística e Informática publique el citado documento técnico, en la dirección electrónica www.sanbartolome.gob.pe del portal de Internet del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé".



Regístrese y Comuníquese.

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL "SAN BARTOLOME"
[Signature]
DR. RAJO CANO CADENAS
MINISTRO MEDICO
S.P. 1878

JCC/JCVO/RDLTS
DISTRIBUCION:

- () SDG
- () OGC
- () CAJ
- () CEI
- () Archivo

El presente documento es
COPIA FIDELAR ORIGINAL
Quedando todo a la orden
[Signature]
MIRIAM ALFARO SANCHEZ
FELIATARO
HONORARIA SAN BARTOLOME
Fecha: 11-05-2014

HONORARIA "SAN BARTOLOME"
OFICINA DE ESTADISTICA E INFORMATICA
11/05/14
RECIBIDO
HORA: 12:25 FIRMA: *[Signature]*

**HOSPITAL NACIONAL
DOCENTE MADRE NIÑO
SAN BARTOLOME**

**OFICINA DE GESTION
DE LA CALIDAD**

**DOCUMENTO TECNICO:
“PLAN DE GESTION DE
LA CALIDAD 2014
HONADOMANI SAN
BARTOLOME”**

2014



INDICE

	Pag.
I. Introducción	4
II. Finalidad	5
III. Base Legal	5
IV. Ámbito de Aplicación	5
V. Implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en el HONADOMANI San Bartolomé	5
VI. Diagnostico Situacional	10
VII. Objetivo General	33
VIII. Objetivos Específicos	33
IX. Programación de Actividades por Objetivos Específicos	33
X. Responsabilidades	34
XI. Anexos	34



I. INTRODUCCION

La Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé" inició sus funciones en el mes de Marzo del 2006, desde entonces ha implementado estrategias y desarrollado actividades orientadas a 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 Estratégico Institucional 2012 – 2016 del Hospital establece en su quinto objetivo general estratégico: *"Obtener la acreditación como Hospital III 1 que se sustenta en una adecuada gestión clínica y seguridad de la atención..."*; asimismo, en el Plan Operativo 2014 se considera como un objetivo general: *"Mejorar... la calidad del servicio, la seguridad de la atención al paciente y el cumplimiento de estándares que acreditan los procesos asistenciales y de gestión de nuestro Hospital"*.

En el marco de los objetivos señalados se ha planteado en el presente año 2014, alcanzar como resultado, el incremento de las intervenciones de mejora de la calidad y de seguridad de la atención, que contribuyan a la acreditación del Hospital.

El presente Plan representa el esfuerzo de todo el equipo de nuestra Oficina para integrar nuestras actividades, considerando además su monitoreo y la evaluación de los resultados en un solo instrumento de gestión, que permita el abordaje integral del trabajo en calidad que nos vemos impulsados y comprometidos en realizar para el logro de los objetivos institucionales.

Con la finalidad de alcanzar los objetivos institucionales de calidad trazados, se ha puesto mayor énfasis en las 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.*



II. FINALIDAD

Contribuir al logro de los objetivos estratégicos institucionales de calidad, establecidos en los documentos de gestión del HONADOMANI San Bartolomé.

III. BASE LEGAL

- Ley N° 26842, Ley General de Salud.
- Resolución Ministerial 884-2003-SA/DM, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé.
- Resolución Ministerial N° 519-2006-SA/DM, que aprueba el "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud".
- Resolución Ministerial N° 596-2007/MINSA, que aprueba el "Plan Nacional de Gestión de la Calidad en Salud".
- Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: "Política Nacional de Calidad en Salud".
- Resolución Directoral N°-0149-DG-HONDOMANI-SB/2012, que aprueba el Plan Estratégico Institucional 2012 – 2016 del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé
- Resolución Directoral N°-0529-DG-HONDOMANI-SB/2013, que aprueba el Plan Operativo Anual 2014 del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé
- Resolución Ministerial N° 526-2011/MINSA, que aprueba las "Normas para la elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud".

IV. AMBITO DE APLICACION

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

V. IMPLEMENTACION DEL SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD EN EL HONADOMANI SAN BARTOLOME

5.1 PLANIFICACION

La Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, desarrolla la planificación del sistema de gestión de la calidad en el hospital, considerando el marco normativo vigente y establecido por el Ministerio de Salud como lo son el Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud" aprobado con Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, el 30 de mayo del 2006 y el Documento Técnico "Política Nacional de Calidad en Salud" aprobado mediante Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, el 29 de octubre del 2009.

Asimismo, se tiene en cuenta el marco estratégico institucional como el Plan Estratégico Institucional 2012 – 2016 del Hospital, que establece en su quinto



objetivo general estratégico: "Obtener la acreditación como Hospital III 1 que se sustenta en una adecuada gestión clínica y seguridad de la atención..."; asimismo, el Plan Operativo 2014 el que considera como un objetivo general: "Mejorar... la calidad del servicio, la seguridad de la atención al paciente y el cumplimiento de estándares que acreditan los procesos asistenciales y de gestión de nuestro Hospital".

Acorde a los marcos normativos y estratégicos señalados, el plan de gestión de la calidad 2014 del HONADOMANI San Bartolomé, está orientado a fortalecer las intervenciones de mejora de la calidad y de seguridad de la atención, que contribuyan a la acreditación del Hospital.

5.2 ORGANIZACIÓN PARA LA CALIDAD

En el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, la Oficina de Gestión de la Calidad es la unidad orgánica de asesoría encargada de la implementación del sistema de gestión de la calidad en el hospital para promover la mejora continua de la atención asistencial y administrativa a los pacientes, con la participación activa del personal y el involucramiento del usuario. Interactúa a nivel interno con los diferentes departamentos, servicios y unidades, como también con la Dirección General en su condición de órgano de asesoría; a nivel externo interactúa con la Dirección de Calidad en Salud de la Dirección General de Salud de las Personas del Ministerio de Salud y con la Unidad de Calidad de la Dirección de Salud V Lima Ciudad.

Para el cumplimiento de sus responsabilidades funcionales establecidas en el Manual de Organización y Funciones vigente, cuenta con tres unidades:

Equipo de mejora continua de la calidad, encargado de constituir el soporte de la gestión de la calidad, orientado a desarrollar metodologías de trabajo que permitan el mejoramiento permanente de la calidad de los servicios, mediante acciones, programas y proyectos de mejora, que minimicen los riesgos y los índices de insatisfacción tanto del usuario externo como del interno, favoreciendo mejorar la competitividad y la organización funcional de los servicios del hospital.

Equipo de garantía de calidad, encargado de desarrollar un conjunto de acciones en forma deliberada y sistemática con la finalidad de normar, vigilar y mejorar el desempeño, en forma continua y cíclica, permitiendo que la prestación de servicios sea eficaz, eficiente y segura posible, orientada siempre a la satisfacción del usuario. La garantía de la calidad implica la generación, mantenimiento y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud.

Equipo de seguridad del paciente, encargado de desarrollar un conjunto de acciones en forma deliberada y sistemática orientadas a reducir el número de eventos externos y crear una cultura de seguridad en la organización, de modo que la atención ofrecida a los pacientes se dé minimizando la exposición al riesgo.

Adicionalmente, y de manera funcional se ha implementado el **Equipo de Evaluación de la Calidad**, encargado de desarrollar un conjunto de acciones en forma sistemática orientadas a evaluar la calidad de atención que reciben los pacientes en el hospital.

5.3 GARANTÍA Y MEJORA



Evaluación monitoreo y toma de decisiones

La Oficina de Gestión de la calidad realiza el monitoreo y evaluación de la calidad a través de indicadores preestablecidos, que están aprobados mediante la Resolución Directoral N°0110-DG-HONADOMANI-SB/2010, que aprueba la Directiva Sanitaria "Evaluación de la Calidad de Atención en Salud en el HONADOMANI San Bartolomé", la cual define cinco 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.

Auditoría de la calidad de atención

Anualmente el hospital formula y aprueba el Plan de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud mediante una Resolución Directoral, para el presente año la Resolución Directoral N° 0082-DG-HONADOMANI.SB.2014, aprueba el Documento Técnico "Plan de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud – 2014 HONADOMANI San Bartolomé". Este plan es sujeto de evaluación semestral y anual.

Para el cumplimiento del plan de auditoría se han conformado 5 comités: un comité central, 3 comités en Departamentos y 1 comité de auditoría de procesos, se cuenta con auditores que son profesionales de la salud capacitados con un mínimo de 60 horas académicas; sin embargo, es necesario fortalecer el funcionamiento de los comités de auditoría.

Acreditación de establecimientos

El hospital ha llevado a cabo seis autoevaluaciones desde el año 2008. Cada autoevaluación implicó la designación formal de los evaluadores internos y la elaboración del Plan de Autoevaluación. A lo largo de estos seis años, se han implementado diversas estrategias como la semaforización, el monitoreo de los macroprocesos priorizados, el monitoreo del cumplimiento de los compromisos para mejorar los estándares, la asistencia técnica permanente a los servicios, entre otras estrategias, todo ello con la finalidad de mejorar continuamente los procesos y cumplir con los estándares establecidos para la acreditación y que nos ha permitido alcanzar un porcentaje próximo al 85%.

Seguridad del paciente

Uno de los aspectos importantes en la gestión de la calidad en salud, es la disminución de los riesgos en la atención de salud, por ello la Oficina de Gestión de la Calidad desde el año 2006 ha implementado un sistema de notificación de eventos adversos, aprobado mediante Resolución Directoral N° 205-DG-HONADOMANI-SB-2006, del 30 de noviembre del 2006, a partir de ello y de manera complementaria se han implementado otros procesos que permiten identificar o prever riesgos, como:

- Las rondas de seguridad
- Los análisis de causa raíz
- Las alertas de seguridad



- Reporte de Indicadores de Seguridad de la Atención del Parto
- La Lista de Verificación de Cirugía Segura

La mayoría de estos procesos se desarrollan mensualmente generando reportes que permiten el monitoreo y evaluación permanente, con recomendaciones para la implementación de acciones orientadas a disminuir los riesgos en la atención.

Mejoramiento continuo de la calidad

La Oficina de Gestión de la Calidad en el marco de sus responsabilidades funcionales a través de la Unidad de Mejora continua de la calidad, promueve la implementación de proyectos de mejora, por lo cual desarrolla cada año cursos talleres de fortalecimiento de capacidades para el desarrollo de proyectos de mejora y que están dirigidos a los equipos técnicos de los diferentes departamentos, servicios y unidades del hospital, ello nos permite: Sensibilizar y capacitar en filosofía e instrumentos de mejora continua de la calidad a los equipos de salud y que se elaboren planes de mejora de procesos en las diferentes Unidades Productoras de Servicios.

La metodología utilizada corresponde a la establecida en la Guía Técnica para la Elaboración de Proyectos de Mejora y la Aplicación de Técnicas y Herramientas para la Gestión de la Calidad, aprobada mediante la R.M. 095-2012-MINSA. Complementariamente se brinda asistencia técnica permanente a las diversas oficinas y departamentos para el desarrollo de sus PMC; sin embargo, es necesario buscar otras estrategias para fortalecer la conformación y participación del personal de salud en los equipos de mejora continua de la calidad. Asimismo, es necesario alinear las propuestas de los proyectos de mejora a los requerimientos que se desprenden del cumplimiento de los listados de estándares.

5.4 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 el marco de esta norma, la Oficina de Gestión de la Calidad realiza cada año la evaluación de la satisfacción del usuario interno en los servicios de consulta externa, emergencia, hospitalización, centro quirúrgico y centro obstétrico, lo que permite identificar aspectos de mejora a través de la implementación de proyectos u otras acciones o estrategias a fin de prestar una atención de salud de calidad. Como se describió también se realiza el monitoreo y evaluación de cinco indicadores de la calidad, además de los indicadores de seguridad de la atención del parto, entre otros.

Mecanismos para la atención del usuario

En el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé se ha implementado un sistema de escucha al usuario, a través del sistema de atención de quejas, establecido mediante la "Norma Técnica del Proceso de Atención de Quejas y Sugerencias", aprobada con Resolución Directoral N° 0055-DG-HONADOMANI-SE-06 del 21 de marzo del 2006, en ella se diferencia la atención de las quejas según tipos:



Quejas tipo 0, quejas verbales que son atendidas por el personal de la Oficina de Comunicaciones, que da información, orientación y resuelve las quejas de manera directa o articulada con los departamentos respectivos.

Quejas tipo I, recogidas a través del buzón de quejas y sugerencias, las quejas se recogen cada mes y a partir de ellas 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, implementado en la OGC para las quejas que requieren tiempos mayores para su atención, estas son registradas 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.

Adicionalmente la Oficina de Gestión de la Calidad es la responsable de la atención de los reclamos que se registran en el Libro de Reclamaciones y que está normado por el Decreto Supremo N°042-2011-PCM que establece la obligación de las Entidades del Sector Público de contar con un Libro de Reclamaciones. Es importante manifestar que 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, el cual también regula el trámite de la atención de quejas. Esta pluralidad de regulación, ha generado en la práctica dificultades en la implementación ordenada de la atención de las quejas.

Medición del tiempo de espera

La Oficina de Gestión de la Calidad regularmente realiza dos mediciones anuales del tiempo de espera en consulta externa y emergencia.



VI. DIAGNOSTICO SITUACIONAL

3.1. LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD EN EL HOSPITAL SAN BARTOLOME

3.1.1. DIMENSION ENTORNO

El estado situacional de esta dimensión la podemos valorar a través de los resultados de la evaluación de la satisfacción del usuario externo e interno, que exploran aspectos relacionados a esta dimensión, como también mediante los resultados de la medición de los tiempos de espera, como se muestra a continuación:

MEDICIÓN DE LA SATISFACCION DEL USUARIO EXTERNO EN CONSULTORIOS EXTERNOS

INSATISFACCION DEL USUARIO EXTERNO EN CONSULTA EXTERNA COMPARATIVO 2012 - 2013 – HONADOMANI "SAN BARTOLOMÉ"

PREGUNTA	INSATISFACCION	
	2012	2013
1. Tramites para atención	46.2	55.3
2. Horario programado	45.1	58.1
3. Respeto a programación		51.8
4. Historia disponible		51.2
5. Cita disponible	47.8	59.4
6. Atención en caja	57.5	58.3
7. Análisis laboratorio	45.1	44.2
8. Exámenes radiológicos	41.2	
9. Atención en farmacia	59.8	
10. Privacidad		48.2
11. Examen físico completo		56.6
12. Tiempo para preguntas		51.4
13. Confianza del medico		48.4
14. Buen trato	48.8	
15. Interés por salud		50.3
16. Explicación problema salud		53.7
17. Explicación sobre tratamiento		50.5
18. Explicación sobre procedimientos		50.6
19. Orientación a pacientes	41.2	
20. Informe y orientación	45	54
21. Equipos disponibles	40.5	47
22. Limpieza y comodidad	55	46
TOTAL	43	53

FUENTE: Evaluación de satisfacción de usuario externo 2013 – Oficina de Gestión de la Calidad

La insatisfacción en los consultorios externos del HONADOMANI "San Bartolomé" en el año 2013 fue 53%, estando en un nivel: "En proceso". En comparación al año pasado, si bien aún permanecemos en la categoría "en proceso", la insatisfacción aumentó 10 puntos porcentuales.

Solo se encontró un factor en un nivel "aceptable" (insatisfacción menor del 40%); Pregunta 19 (referido a carteles y letreros para orientar a los pacientes).



Los factores que se encuentren en un nivel "por mejorar" (insatisfacción mayor del 60%) fueron: Pregunta 08 (atención para tomarse exámenes radiológicos), Pregunta 09 (la atención en farmacia sea rápida) y Pregunta 14 (trato con amabilidad y respeto).

Referente a la insatisfacción de los usuarios en cuanto al buen trato recibido en consultorio externo (pregunta 14) esta se encuentra en un nivel "por mejorar", 61% de insatisfacción; no superando el nivel esperado (basal: medición del 2012) que fue del 49% de insatisfacción.

Referente a la insatisfacción de los usuarios en cuanto a la privacidad de la atención en consultorio externo (pregunta 10) esta se encuentra en un nivel "en proceso", 48% de insatisfacción; no superando el nivel esperado (basal: medición del 2012) que fue del 38% de insatisfacción.

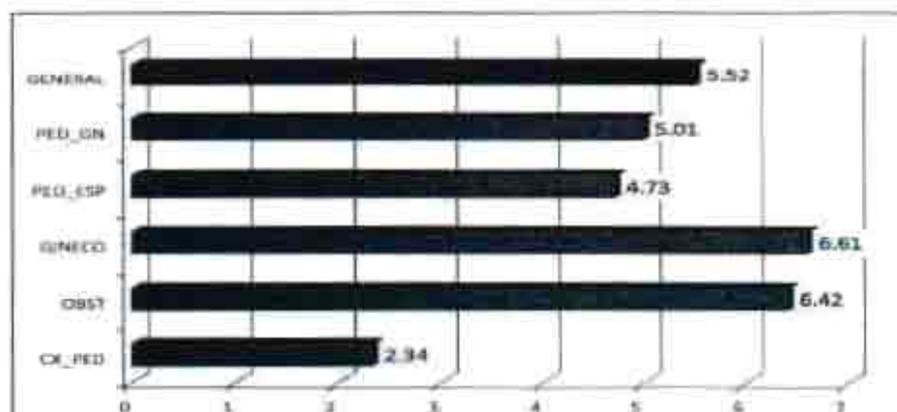
INSATISFACCIÓN DE USUARIO EXTERNO EN CONSULTA EXTERNA POR DOMINIOS COMPARATIVO 2012 - 2013 – HONADOMANI "SAN BARTOLOMÉ"

Variables	Preguntas	2012	2013
		Insatisfacción	Insatisfacción
Fiabilidad	P1 al P5	43	55
Capacidad de respuesta	P6 al P9	53	58
Seguridad	P10 al P13		51
Empatía	P14 al P18		53
Aspectos Tangibles	P19 al P22	45	47

FUENTE: Evaluación de satisfacción de usuario externo 2013 – Oficina de Gestión de la Calidad

Todos los dominios se encontraron en un nivel "en proceso" siendo los de mayor insatisfacción Capacidad de respuesta seguido de Fiabilidad.

SATISFACCIÓN GLOBAL DEL USUARIO EXTERNO EN CONSULTA EXTERNA POR SERVICIOS ASISTENCIALES 2013 - HONADOMANI "SAN BARTOLOMÉ" - (Pregunta 23)



FUENTE: Evaluación de satisfacción de usuario externo 2013 – Oficina de Gestión de la Calidad

Cuando se evalúa la satisfacción global solo con la percepción de nuestros usuarios, se encontró que está en promedio en 5.52 puntos; valorado en una escala del 1 al 7.



MEDICIÓN DE LA SATISFACCION DEL USUARIO EXTERNO EN HOSPITALIZACION

INSATISFACCION DEL USUARIO EXTERNO EN HOSPITALIZACION COMPARATIVO 2012 - 2013 – HONADOMANI "SAN BARTOLOMÉ"

P-E	2012		2013	
	Total	%	Total	%
1. Visita todos los días	214	51.6	165	50.8
2. Comprende sobre su evolución			169	52
3. Comprende sobre medicamentos			156	49.4
4. Comprende sobre los resultados			168	53.3
5. Comprende al alta	63	41.4	90	42.3
6. Trámites para ingreso	238	59.2		
7. Análisis de laboratorio			164	52.9
8. Exámenes radiológicos	107	54	112	55.7
9. Trámites de alta			66	47.3
10. Médico interés para solución	228	55.5	164	50.6
11. Alimentos	219	56	172	53.3
12. Que mejore por su problema			146	44.9
13. Privacidad			145	44.6
14. Trato obstetra/enfermera	240	57.8		
15. Trato médico	207	50.4		
16. Trato nutrición			156	46.8
17. Trato administrativo	143	52	191	58.8
18. Interés de enfermera por salud	243	59.1	182	56
19. Ambientes cómodos			160	49.2
20. Servicios higiénicos	239	58.3	164	50.5
21. Equipos y materiales	234	56.5	164	47.4
22. Ropa de cama	240	57.8	145	44.6
TOTAL		58		51

FUENTE: Evaluación de satisfacción de usuario externo 2013 – Oficina de Gestión de la Calidad

Se observa que la insatisfacción general en el año 2012 fue del 58%, actualmente la insatisfacción se ha disminuido al 51%, observándose que en la gran mayoría de los ítems ha disminuido su porcentaje de insatisfacción, virando sus respectivas categorías de "por mejorar" (rojo) a "en proceso" (amarillo), lo mismo se puede ver en la pregunta 15, donde se observa el viraje de la categoría "en proceso" (amarillo) a "aceptable" (verde).

En comparación al año 2012, si bien aún permanecemos en la categoría "en proceso", la insatisfacción disminuyó 7 puntos porcentuales. Sin embargo, solo se encontró un factor en un nivel "aceptable" (insatisfacción menor del 40%); Pregunta 15. (Que el trato de los médicos sea amable, respetuoso y con paciencia)

Los factores que se encuentran en un nivel "por mejorar" (insatisfacción mayor del 60%) fueron: Pregunta 06 y Pregunta 14. (Que los trámites para su hospitalización sean rápidos y Que el trato del personal de obstetra/enfermería sea amable,



respetuoso y con paciencia. Referente a la insatisfacción de los usuarios en cuanto a la privacidad de su atención (pregunta 13) esta se encuentra en un nivel "en proceso", 44% de insatisfacción; superando el nivel esperado (basal: medición del 2012) que fue del 61% de insatisfacción y en relación a la insatisfacción de los usuarios con el trato del personal en la atención (promedio de las preguntas 14, 15, 16 y 17) esta se encuentra en un nivel "en proceso", 51% de insatisfacción; superando el nivel esperado (basal: medición del 2012) que fue del 55% de insatisfacción.

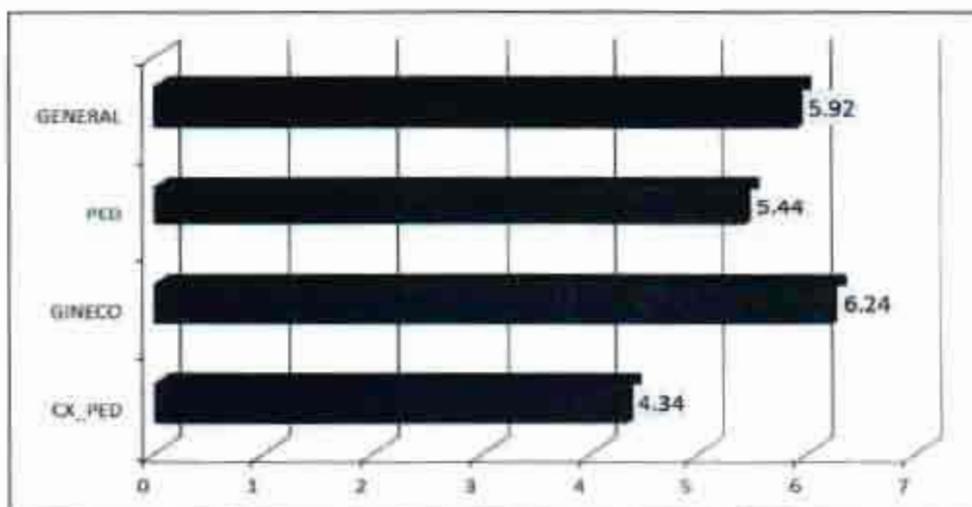
INSATISFACCIÓN DE USUARIO EXTERNO EN HOSPITALIZACIÓN POR DOMINIOS COMPARATIVO 2012 - 2013 – HONADOMANI "SAN BARTOLOMÉ"

Variables	Perspectiva	2012	2013
		Insatisfacción	Insatisfacción
Fiabilidad	P1 al P5	59	50
Capacidad de respuesta	P6 al P9	59	55
Seguridad	P10 al P13	59	48
Empatía	P14 al P18	56	52
Aspectos Tangibles	P19 al P22	58	48

FUENTE: Evaluación de satisfacción de usuario externo 2013 – Oficina de Gestión de la Calidad

Todos los dominios se encontraron en un nivel "en proceso" siendo los de mayor insatisfacción Capacidad de respuesta seguido de Empatía.

SATISFACCIÓN GLOBAL DEL USUARIO EXTERNO EN HOSPITALIZACIÓN POR SERVICIOS ASISTENCIALES 2013 - HONADOMANI "SAN BARTOLOMÉ" - (Pregunta 23)



FUENTE: Evaluación de satisfacción de usuario externo 2013 – Oficina de Gestión de la Calidad

Cuando se evalúa la satisfacción global en relación a la percepción de nuestros usuarios, se vio que en promedio se encuentra en 5.92 puntos, valorado en una escala del 1 al 7, encontrándose por encima del nivel esperado. Siendo mayor en el departamento de Gineco obstetricia (6.24 puntos).



MEDICIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO EXTERNO EN EMERGENCIA

INSATISFACCIÓN DEL USUARIO EXTERNO EN EMERGENCIA COMPARATIVO 2012 - 2013 – HONADOMANI "SAN BARTOLOMÉ"

P-E	2012	2013
	insatisfacción	insatisfacción
1. Atención inmediata	58.62	53.9
2. Atención considera gravedad	51.50	58.3
3. Atención medico	52.53	
4. Comunicación por medico	50.57	
5. Medicamentos farmacia	57.10	
6. Atención en caja	49.41	
7. Análisis de laboratorio	56.74	
8. Exámenes radiológicos		
9. Atención rápida farmacia		
10. Contesta dudas	48.96	
11. Privacidad	44.47	
12. Examen fisico	52.76	
13. Problema salud se resuelva	53.69	
14. Trato amable	50.00	
15. Solución a dificultades	51.61	
16. Comprensión problema salud	49.07	
17. Comprensión procedimientos	47.89	
18. Comprensión tratamiento	48.93	
19. Señalización emergencia	49.77	57.2
20. Personal de informe	53.01	
21. Equipos y materiales	47.24	
22. Limpieza de ambientes	49.31	
TOTAL	52	

FUENTE: Evaluación de satisfacción de usuario externo 2013 – Oficina de Gestión de la Calidad

Se observa que la insatisfacción general en el año 2012 fue del 52%, en el 2013 el porcentaje de insatisfacción ha subido al 65%, observándose que en algunos ítems la insatisfacción tiene un aumento muy significativo. En comparación al año pasado, se presenta un aumento de 14 puntos porcentuales en la insatisfacción, pasando de un nivel "en proceso" a "por mejorar".

Solo se encontraron tres (03) factores en un nivel "en proceso" (insatisfacción entre el 40 – 60%); no se encontró ningún factor en el nivel "aceptable" (insatisfacción menor del 40%). Acerca de la insatisfacción sobre el trato recibido por el personal de emergencia, el porcentaje fue del 62%, subiendo en relación al estándar del año pasado (medición basal 2012) el cual fue del 50%. Acerca de la insatisfacción de la privacidad de la atención en emergencia, el porcentaje fue del 65%, subiendo en relación al estándar del año pasado (medición basal 2012) el cual fue del 45%.



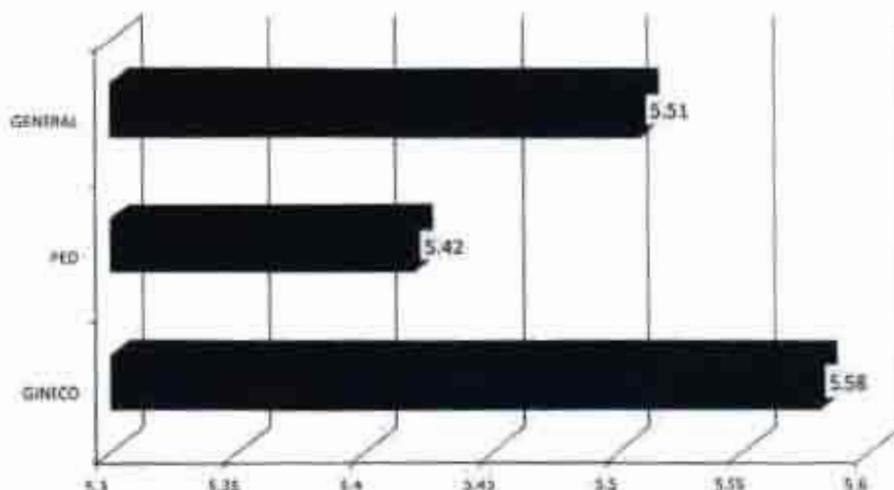
INSATISFACCIÓN DE USUARIO EXTERNO EN EMERGENCIA POR DOMINIOS COMPARATIVO 2012 - 2013 - HONADOMANI "SAN BARTOLOMÉ"

Variables	Perspectiva	2012	2013
		Insatisfacción	Insatisfacción
Fiabilidad	P1 al P5	54	
Capacidad de respuesta	P6 al P9	56	
Seguridad	P10 al P13	50	
Empatía	P14 al P18	50	
Aspectos Tangibles	P19 al P22	50	

FUENTE: Evaluación de satisfacción de usuario externo 2013 - Oficina de Gestión de la Calidad

Todos los dominios se encontraron en un nivel "por mejorar" siendo los de mayor insatisfacción Capacidad de respuesta seguida de Empatía.

SATISFACCIÓN GLOBAL DEL USUARIO EXTERNO EN EMERGENCIA POR SERVICIOS ASISTENCIALES 2013 - HONADOMANI "SAN BARTOLOMÉ" - (Pregunta 23)



FUENTE: Evaluación de satisfacción de usuario externo 2013 - Oficina de Gestión de la Calidad

Cuando se evalúa la satisfacción global solo con la percepción de nuestros usuarios, se encontró en promedio que se encuentra en 5.51 puntos; valorado en una escala del 1 al 7. Siendo la satisfacción mayor en la emergencia de Gineco obstetricia (5.58 puntos)

MEDICION DEL TIEMPO DE ESPERA EN CONSULTORIOS EXTERNOS DE OBSTETRICIA - 2013

En el mes de febrero se llevó a cabo la Medición de Tiempos de Espera en la consulta externa del Departamento Gineco-Obstetricia, tanto a pacientes nuevas aseguradas y no aseguradas, Se pudo observar que el tiempo promedio desde que ingresa un paciente al hospital hasta que es atendido en triaje es de 9.16 minutos, siendo el tiempo a optimizar entre 7 a 44%, igualmente se observó que el tiempo promedio de triaje a caja fue de 7.74 minutos, siendo el tiempo a optimizar entre 13 a 80%; además se observó que el tiempo promedio que demora un paciente desde admisión hasta



llegar a consulta fue de 91.3 minutos siendo el tiempo a optimizar de 3 a 38%. En general el tiempo promedio fue de 111.3 minutos siendo el tiempo a optimizar entre 4 a 40%.

RESULTADOS DE MEDICION DE TIEMPOS DE ESPERA EN CONSULTA EXTERNA DE GINECO-OBSTETRICIA

	Promedio	Desv standar	Mayor demostrado	Menor demostrado	% mejorar mínimo	% mejorar máximo
Ingreso - triaje	9.18	15.14	70	0	6.72	43.68
Triaje - caja	7.74	6.07	30	0	12.75	80.27
Admisión - consulta	91.34	30	147	20	4.35	37.65
todo	111.29	29.91	185	35	3.48	39.80

FUENTE: Informe medición tiempos de espera 2013 – Oficina de Gestión de la Calidad

Se observó que el tiempo del proceso en general ha disminuido en el año 2013 en relación al año 2010 siendo esta disminución estadísticamente significativa, en cambio el tiempo caja – consultorio si bien experimenta una disminución esta resulta no ser significativa, continuando este punto del proceso aún sin resolverse, lo que genera un tiempo de espera prolongado en nuestras usuarias del servicio de consultorios externos de obstetricia.

COMPARATIVO DE TIEMPOS DE ESPERA ENCONTRADOS EN EL 2010 Y 2013 EN CONSULTA EXTERNA DE GINECO-OBSTETRICIA

	2010	2013	Valor p
Ingreso - consultorio	140.8 ± 59.4	111.3 ± 29.9	0.002
caja - consultorio	96.4 ± 61.0	93.3 ± 33.2	0.24

FUENTE: Informe medición tiempos de espera 2013 – Oficina de Gestión de la Calidad

De la medición de tiempos de espera realizada, se puede concluir que el tiempo de espera promedio de una paciente para ingresar a ser atendida al consultorio externo de obstetricia fue de 111.3 minutos, el mayor tiempo que se registró en el análisis del proceso, fue admisión -consultorio con un promedio de 91.3 minutos, el tiempo a optimizar en el proceso es de 1.63 horas. En comparación con el tiempo de espera en general del año 2010, se ha experimentado una disminución significativa en el 2013.

3.1.2. DIMENSION HUMANA

El estado situacional de esta dimensión la podemos valorar a través de los resultados de la evaluación de la satisfacción del usuario externo (como se describió anteriormente) e interno, que exploran aspectos relacionados a esta dimensión, como se muestra a continuación:



MEDICIÓN DE LA SATISFACCION DEL USUARIO INTERNO EN EL HOPSITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO SAN BARTOLOME

PORCENTAJE GENERAL DE SATISFACCIÓN DEL USUSARIO INTERNO HONADOMANI-SB - 2010 Vs 2013.

Escala General de Satisfacción	2010		2013	
	n	%	n	%
Satisfacción Intrínseca				
Insatisfechos (≤ 24)	38	16.9	29	12.7
Normal (25 – 40)	153	68.3	156	68.4
Muy Satisfechos (≥ 41)	33	14.7	43	18.9
Satisfacción Extrínseca				
Insatisfechos (≤ 26)	52	23.2	54	22.8
Normal (30 – 45)	149	66.5	141	61.8
Muy Satisfechos (≥ 46)	23	10.3	35	15.4
Satisfacción en General				
Insatisfechos (≤ 54)				
Normal (55 – 85)	154	68.7	154	67.54
Muy Satisfechos (≥ 86)	27	12.1	35	15.35

FUENTE: Evaluación de satisfacción de usuario interno 2013 – Oficina de Gestión de la Calidad

Se muestran las proporciones de satisfacción general, observándose que el rango de insatisfechos ha disminuido en relación a la última medición (19.2% en el 2010 vs 17.1% en el 2013), donde se aprecia una disminución significativa de la insatisfacción en los factores intrínsecos, que va del 16.9% en el 2010 a 12.7% en el 2013.

3.1.3. DIMENSION TECNICA

El estado situacional de esta dimensión la podemos valorar a través de los resultados de la vigilancia de eventos adversos, el monitoreo y evaluación de los indicadores de seguridad el parto, la aplicación de la Lista de Verificación de Cirugía Segura, la realización de las Rondas de Seguridad, como también mediante los resultados del sistema de atención de quejas y reclamos, los procesos de auditoría y el de autoevaluación para la acreditación: como se muestra a continuación:

VIGILANCIA DE EVENTOS ADVERSOS EN EL HONADOMANI SAN BARTOLOME

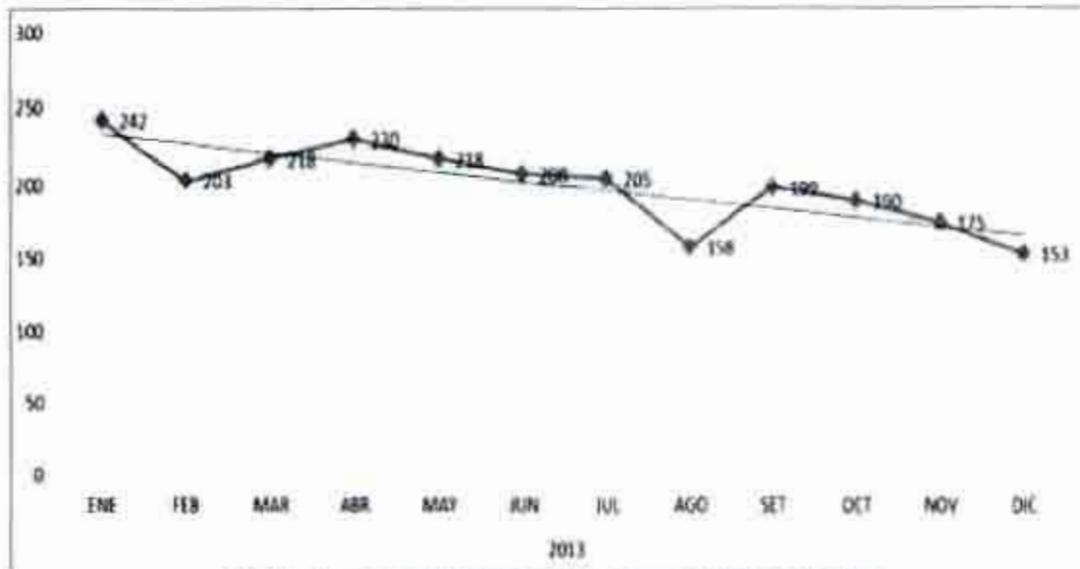
La **Seguridad de los pacientes** se constituye en un aspecto determinante en la evaluación de la calidad técnica de la atención. La gestión del riesgo no es posible si no tenemos conocimiento del comportamiento de los eventos adversos.

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

En el Hospital se realiza el seguimiento mensual de eventos adversos, en el año 2013 se tuvo:



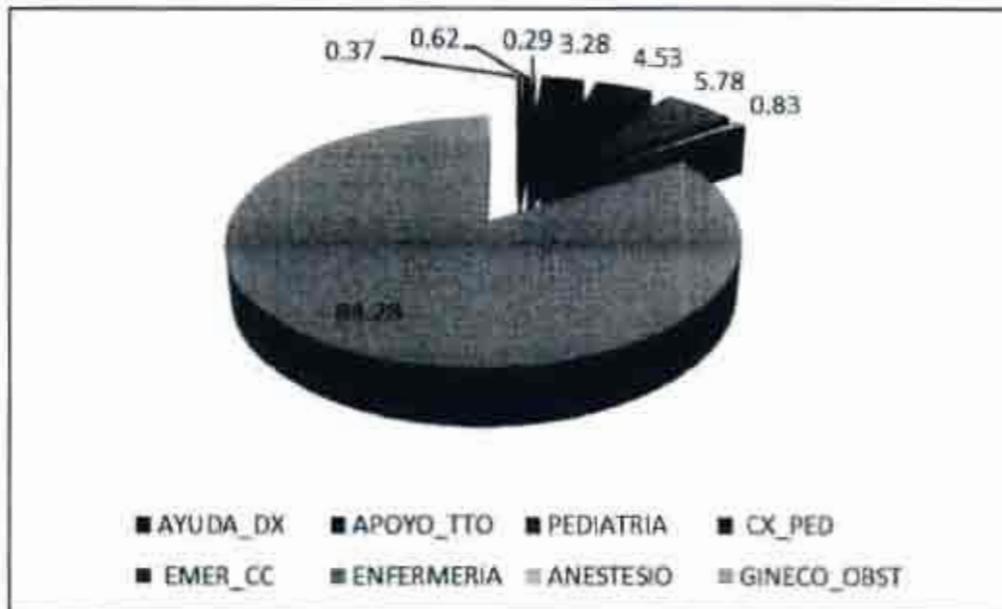
**NUMERO DE EVENTOS ADVERSOS PRESENTADOS EN EL HONADOMANI SB.
ENERO - DICIEMBRE 2013.**



FUENTE: Informe de eventos adversos 2013 – Oficina de Gestión de la Calidad

En el año 2013 se reportaron un total de 2.405 eventos adversos, mostrando en su comportamiento una tendencia a disminuir a lo largo del año.

REPORTE DE EVENTOS ADVERSOS POR DEPARTAMENTOS – 2013

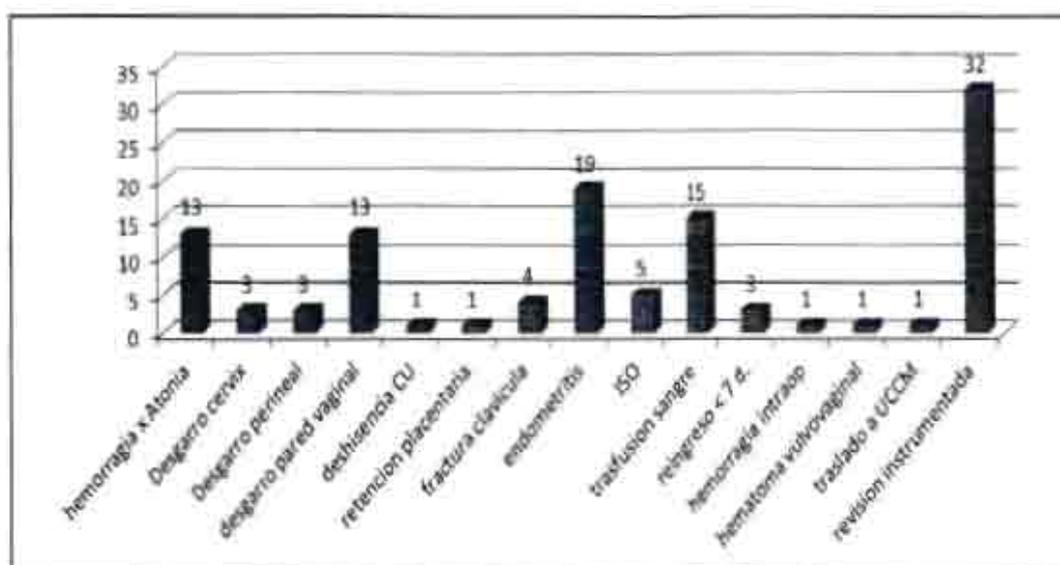


FUENTE: Informe de eventos adversos 2013 – Oficina de Gestión de la Calidad

El departamento de Gineco-Obstetricia presenta el mayor reporte de EA 84.28%, siguiéndole el departamento de Enfermeria 5.78% y el de Emergencia y Cuidados Críticos con 4.53%, sobre un total de 2,405 eventos adversos reportados durante el año 2013.



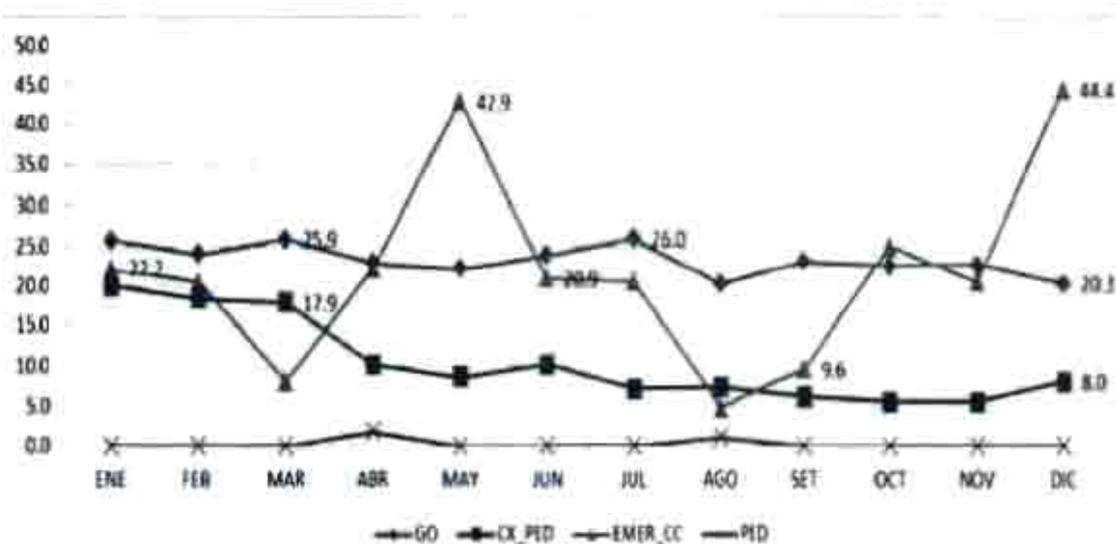
EVENTOS ADVERSOS PRESENTADOS EN EL DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA - DICIEMBRE 2013



FUENTE: Informe de eventos adversos 2013 – Oficina de Gestión de la Calidad

En el mes de diciembre del 2013 los eventos adversos más frecuentes en el departamento de Gineco obstetricia fueron: Revisión instrumentada (32 casos), luego en orden descendente le siguen: endometritis (19 casos), transfusión sanguínea (15 casos), hemorragia por atonia uterina y desgarro de pared vaginal (13 casos, cada uno respectivamente), ISO (5 casos).

PORCENTAJE MENSUAL DE EVENTOS ADVERSOS POR INGRESOS HOSPITALARIOS POR DEPARTAMENTO HONADOMANI SB. ENERO – DICIEMBRE 2013

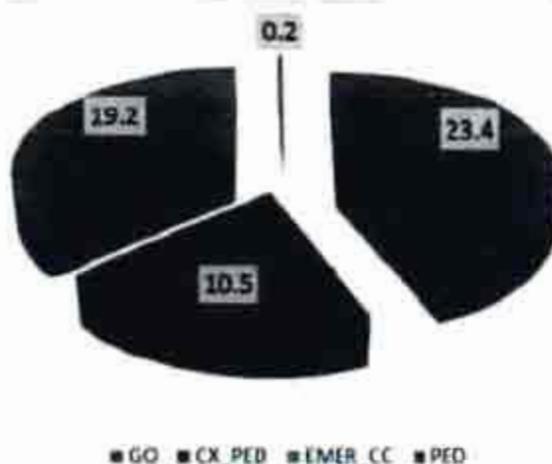


FUENTE: Informe de eventos adversos 2013 – Oficina de Gestión de la Calidad

En relación a los eventos adversos por ingresos hospitalarios, durante los meses del año 2013 el departamento de Gineco obstetricia ha presentado de manera continua las tasas más altas de eventos adversos, seguido del departamento de Emergencia y cuidados críticos (EMER_CC) que además presentó los dos picos más altos de eventos adversos (mes de mayo y diciembre), en relación a sus ingresos hospitalarios.



PORCENTAJE ANUAL DE EVENTOS ADVERSOS POR INGRESOS HOSPITALARIOS POR DEPARTAMENTO – 2013



FUENTE: Informa de eventos adversos 2013 – Oficina de Gestión de la Calidad

En el año 2013 el departamento de Gineco obstetricia ha presentado la tasa más alta de eventos adversos en relación a sus ingresos hospitalarios (23.4%), seguido del departamento de Emergencia y cuidados críticos (19.2%) y del departamento de Cirugía Pediátrica (10.5%).

Como parte del sistema de vigilancia de eventos adversos se realiza mensualmente el análisis estructurado de algunos eventos adversos a través del **Análisis Causa Raíz de Eventos Adversos (ACR)**, con una metodología establecida y aprobada mediante una directiva con RD N° 363-DG-HONADOMANI-SB/2012. En el año 2013 se realizaron un total de diez análisis causa raíz, ello permite la identificación y el análisis detallado de los factores que influyen en la aparición del evento adverso analizado, como también identificar las estrategias y acciones a implementar para reducir su aparición. A partir de las recomendaciones derivadas del ACR de Eventos Adversos, se realiza el **Seguimiento de las recomendaciones del Análisis Causa Raíz**, para asegurar su implementación por parte de los departamentos y servicios involucrados.

MONITOREO Y EVALUACIÓN DE INDICADORES DE SEGURIDAD DEL PARTO EN EL HONADOMANI SAN BARTOLOME

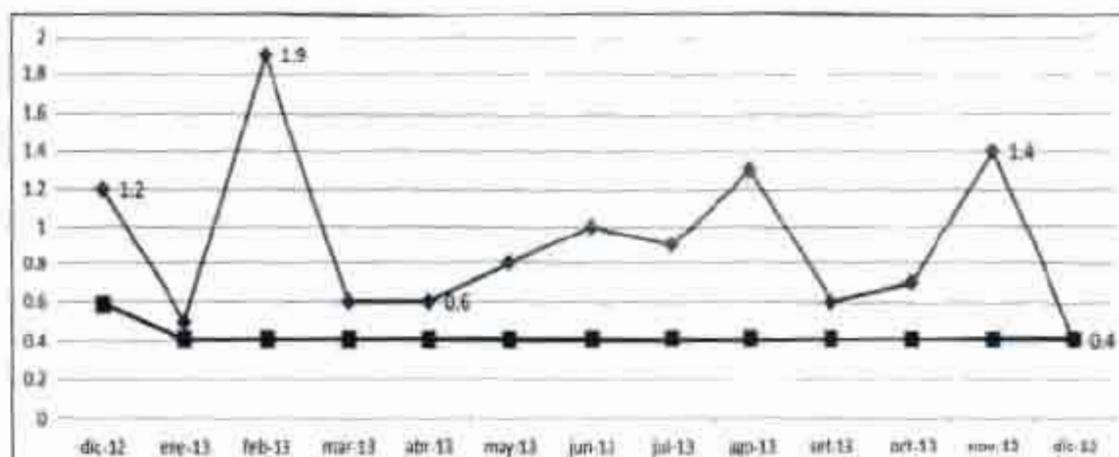
La Oficina de Gestión de la Calidad, como parte de la agenda de seguridad del HONADOMANI San Bartolomé, implementó un sistema de vigilancia de indicadores de seguridad del parto, con el objetivo de reducir los riesgos en la atención del mismo; por lo cual se realiza el **seguimiento mensual de indicadores de Seguridad del parto**, que incluye los siguientes indicadores:

- Endometritis Puerperal en parto vaginal
- Endometritis puerperal en cesárea
- Desgarro de 3er y 4To grado en parto vaginal
- Trauma de cuero cabelludo
- Episiotomías en parto vaginal
- Tasa de gestantes que ingresan a UCI mujer sin presencia de patología severa previa
- Tasa de pacientes obstétricas que recibieron transfusión sanguínea
- Recién nacido con APGAR menor de 7 a los 5'
- Infección del sitio operatorio en post cesareadas.



Algunos de estos indicadores no cuentan con patrones o estándares previamente establecidos, por lo que hemos calculado nuestros límites máximos y mínimos en una gráfica de control, lo que nos permite realizar la evaluación de nuestras tendencias y tomar acciones al respecto.

TASA DE ENDOMETRITIS POR PARTO VAGINAL- 2013



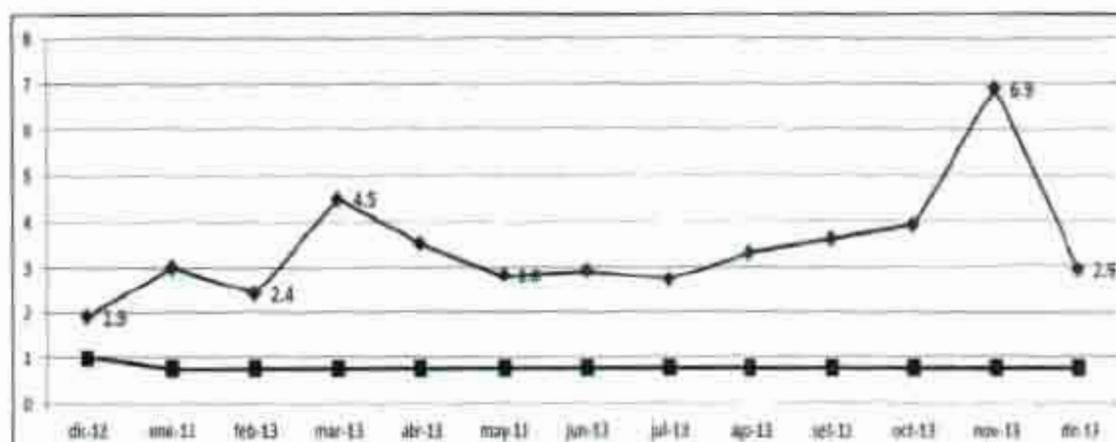
Leyenda: En azul = Tasa de endometritis por parto vaginal HONADOMANI SB.

En púrpura: Promedio nacional para nivel III-1

Fuente: Reporte de Epidemiología

La tasa de endometritis por parto vaginal en el año 2013, se ha mantenido por encima del valor del promedio nacional para el nivel de categoría III-1 (0.41), con picos altos en los meses de febrero, agosto y noviembre, sin embargo en el mes de diciembre se observa una disminución significativa hasta el nivel del promedio nacional.

TASA DE ENDOMETRITIS POR CESÁREA – 2013



Leyenda: En azul = Tasa de endometritis por Cesárea HONADOMANI SB.

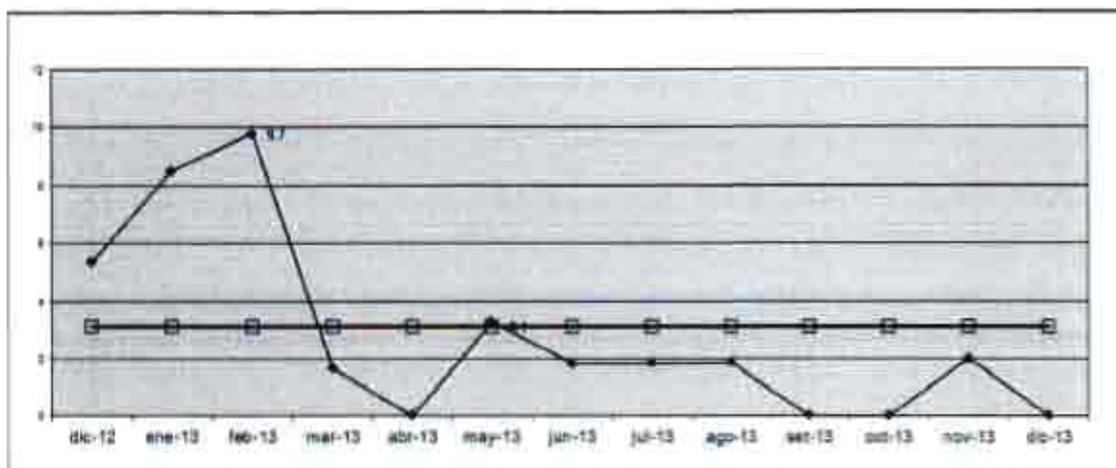
En púrpura: Promedio nacional para nivel III-1

Fuente: Reporte de Epidemiología

La tasa de endometritis por cesárea en el año 2013, se ha mantenido por encima del valor del promedio nacional para el nivel de categoría III-1, con picos altos en los meses de marzo y noviembre (6.9), en el mes de diciembre se observa una disminución significativa, sin embargo, este valor se encuentra triplicado con respecto al promedio nacional para la categoría de referencia III-1(0.77).



TASA DE GESTANTES Y/O PUÉRPERAS QUE INGRESAN A UCI SIN PRESENCIA DE PATOLOGÍA SEVERA PREVIA AL MOMENTO DE SU INGRESO AL HOSPITAL (X 1000 GESTANTES) - 2013



Fuente: Epicrisis servicio UCCM

Promedio: 3.12

La tasa de gestantes y/o puérperas que ingresan a uci sin presencia de patología severa previa al momento de su ingreso al hospital en el año 2013 se ha mantenido por debajo del promedio los últimos nueve meses, incluso siendo de cero en el mes de diciembre.

APLICACIÓN DE LA LISTA SE VERIFICACION DE CIRUGIA SEGURA (LVCS) EN EL HONADOMANI SAN BARTOLOME

LISTA DE VERIFICACIÓN IMPLEMENTADA EN CENTRO QUIRÚRGICO - 2013

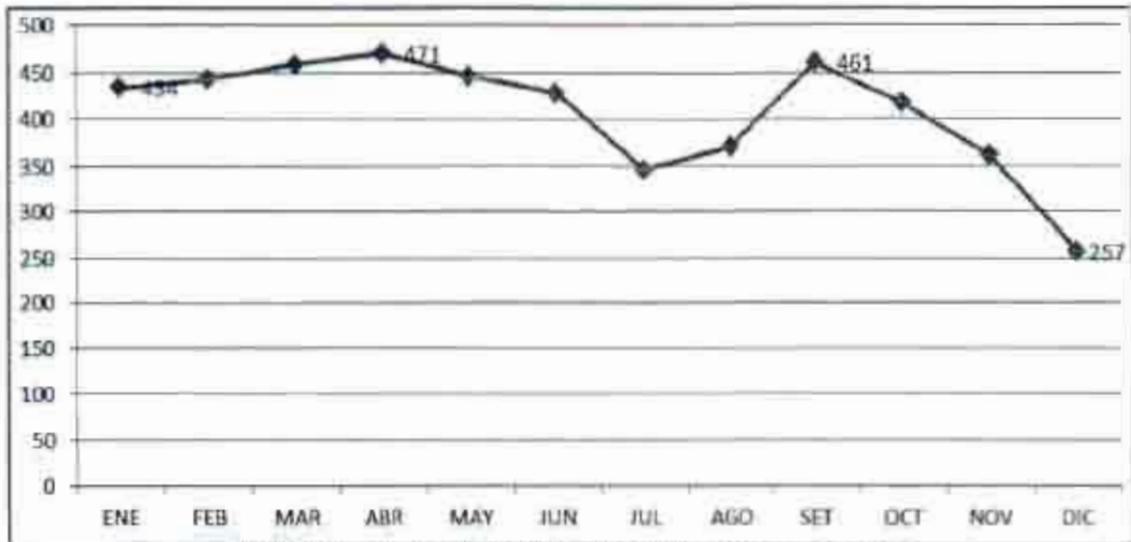
MES	CIRUGIAS REALIZADAS	LISTA DE VERIFICACION	
		N	% del total de Cx
ENERO	697	434	62.3
FEBRERO	712	443	62.2
MARZO	571	459	80.3
ABRIL	860	471	54.76
MAYO	584	446	76.37
JUNIO	668	428	64.07
JULIO	582	346	59.45
AGOSTO	513	370	72.12
SEPTIEMBRE	665	461	69.3
OCTUBRE	750	417	55.6
NOVIEMBRE	685	362	52.8
DICIEMBRE	284	257	90.4
TOTAL	7571	4894	64.6

FUENTE: Informe de aplicación de la LVCS 2013 – Oficina de Gestión de la Calidad

La aplicación de la LVCS, permite el Seguimiento de Manejo Seguro de Intervenciones Quirúrgicas, en el HONADOMANI San Bartolomé, se ha implementado la aplicación de la Lista de Verificación de Cirugía Segura (LVCS), que es aplicada por las enfermeras en sala de operaciones y se reporta mensualmente. En el año 2013 se realizaron un total de 7,571 cirugías y se aplicaron un total de 4,894 LVCS, representando su aplicación en el 64.6% de las cirugías realizadas enero a diciembre del año 2013.



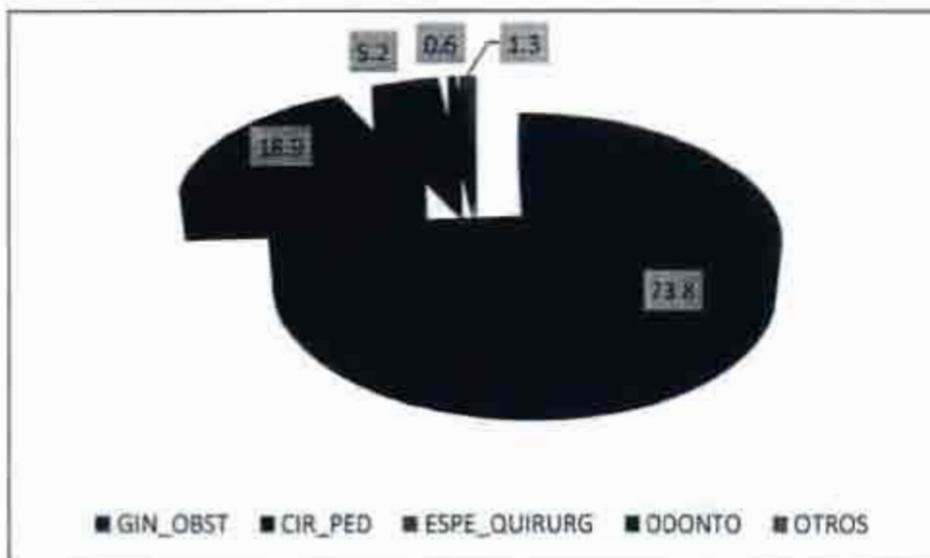
NÚMERO DE LVCS SEGÚN MES DE APLICACIÓN. 2013



FUENTE: Informe de aplicación de la LVCS 2013 – Oficina de Gestión de la Calidad

Se observa el número de listas de verificación aplicadas cada mes en centro quirúrgico, observándose que los meses de noviembre y diciembre, sufren una disminución considerable con respecto a los otros meses, esto es debido a las mejoras de remodelación que se efectuaron en sala de operaciones, limitando el número de cirugías efectuadas.

PORCENTAJE DE APLICACIÓN DE LVCS SEGÚN ÁREA QUIRÚRGICA. 2013

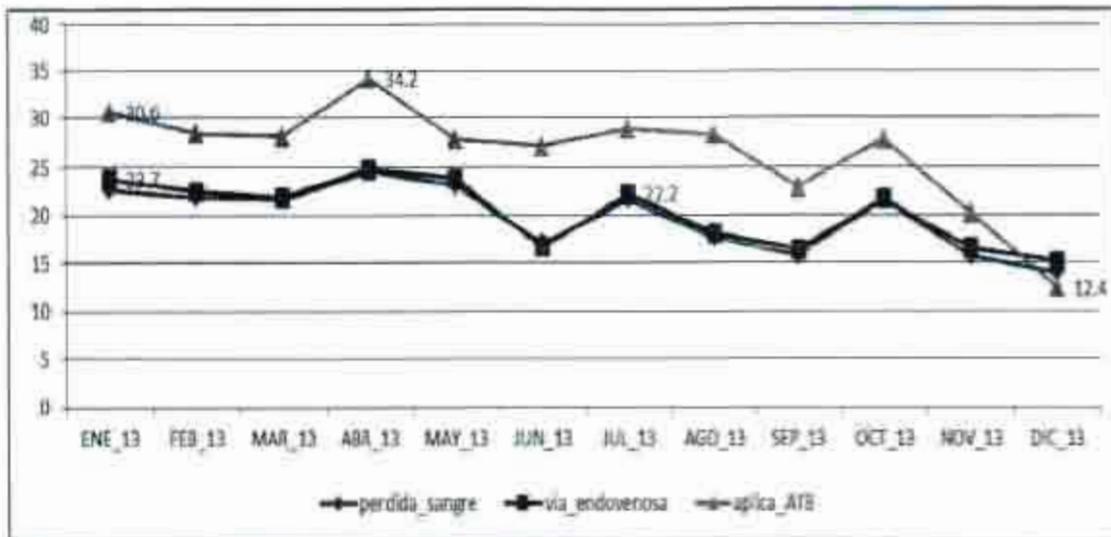


FUENTE: Informe de aplicación de la LVCS 2013 – Oficina de Gestión de la Calidad

Se observa que el mayor porcentaje de LVCS son realizadas al departamento de Gineco obstetricia (74%) seguido por el servicio de cirugía pediátrica (19%), además se observa que el servicio de especialidades quirúrgicas representa un 5% de total de LVCS



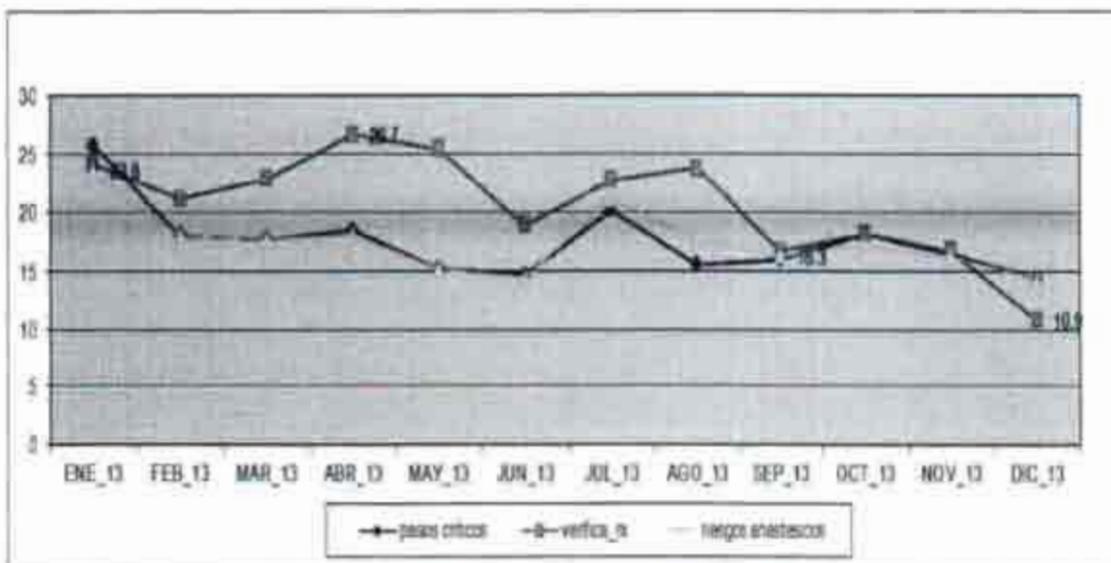
ÍTEMS CON MAYOR INCUMPLIMIENTO EN LA PRIMERA PARTE DE LA LVCS – 2013



FUENTE: Informe de aplicación de la LVCS 2013 – Oficina de Gestión de la Calidad

Se observa que el ítem "confirma la aplicación de antibioticoprofilaxis" si bien empezó con un alto porcentaje (30.6%) en esta primera parte de la aplicación de la LVCS, se observa como en el transcurso del año ha disminuido progresivamente hasta llegar a menos de la mitad (12.4%). los otros dos ítems si bien sus porcentajes en los meses han sido variables al final del año muestran una ligera disminución con respecto a la situación inicial.

ÍTEMS CON MAYOR INCUMPLIMIENTO EN LA SEGUNDA PARTE DE LA LVCS – 2013

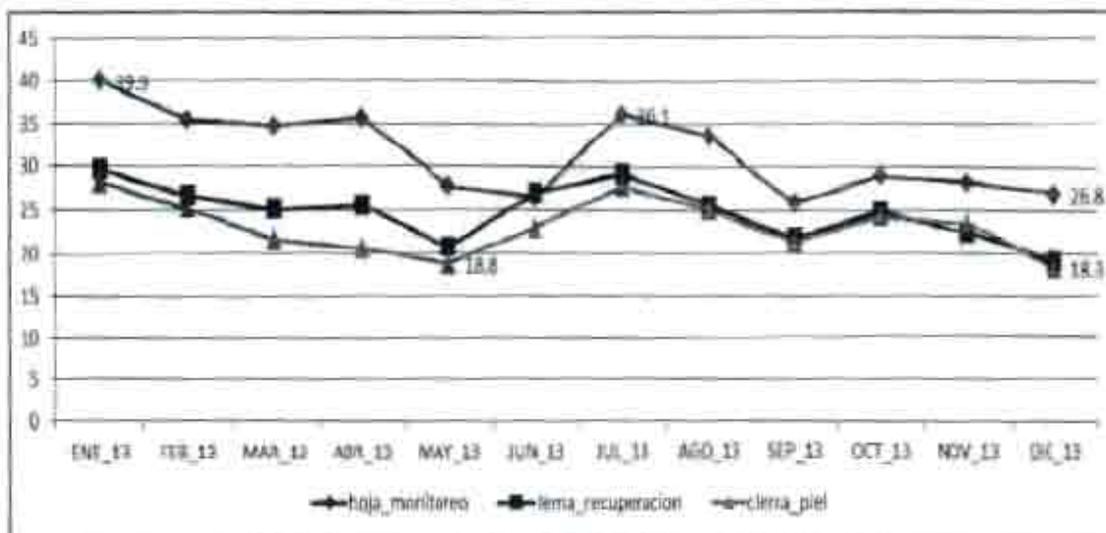


FUENTE: Informe de aplicación de la LVCS 2013 – Oficina de Gestión de la Calidad

Se observa que el ítem "verifica placa de rayos x" si bien empezó con un alto porcentaje (23.6%) en esta segunda parte de la aplicación de la LVCS, en el transcurso del año ha disminuido progresivamente hasta llegar a menos de la mitad (10.9%), los otros dos ítems si bien sus porcentajes en los meses han sido variables al final del año muestran una ligera disminución con respecto a su situación inicial.



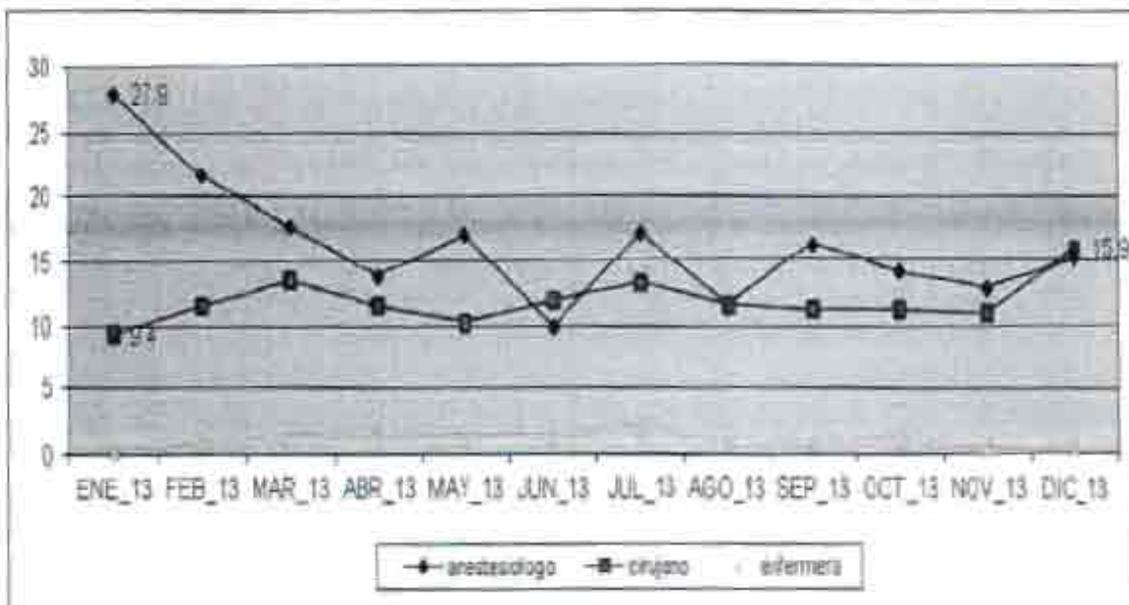
ÍTEMES CON MAYOR INCUMPLIMIENTO EN LA TERCERA PARTE DE LA LVCS - 2013



FUENTE: Informe de aplicación de la LVCS 2013 – Oficina de Gestión de la Calidad

Se observa que el ítem referido a "En caso de transfusión el anestesiólogo llena la hoja de monitoreo" es el que presenta el mayor porcentaje de incumplimiento en todo el año, manteniéndose siempre alto; los otros dos ítem "verifican temas de recuperación" y "cirujano permanece en SOP hasta cierre de piel" presentan un ligero descenso en el año, llegando hasta un 18.5% de incumplimiento aproximadamente.

PORCENTAJE DE INCUMPLIMIENTO DE LLENADO DE FIRMA Y SELLO EN LVCS POR PARTE DE PROFESIONAL CONSOLIDADO 2013



FUENTE: Informe de aplicación de la LVCS 2013 – Oficina de Gestión de la Calidad

Se observa un decremento significativo en términos generales del porcentaje de incumplimiento de los anestesiólogos, de un 28% en enero a un 16% en diciembre de este año, por el contrario los cirujanos mostraron una ligera tendencia al aumento, iniciando en un 9.4% en enero a un 15.9% en diciembre, las enfermeras siempre se mantuvieron muy por debajo, no alcanzando ni el 1% de incumplimiento.



RONDAS DE SEGURIDAD EN EL HONADOMANI SAN BARTOLOME

RONDAS DE SEGURIDAD – 2013

Nº	MES	SERVICIO
1	Enero	Cirugía Pediátrica
2	Febrero	Sala de Partos
3	Marzo	Sala "G" Gineco Obstetricia
4	Mayo	Emergencia Pediátrica
5	Mayo	Emergencia Obstétrica
6	Julio	Sala "G" Gineco Obstetricia
7	Agosto	Sala 03 Lactantes - Pediatría
8	Septiembre	Centro Obstétrico
9	Noviembre	Centro Obstétrico

FUENTE: Libro de actas de rondas de seguridad 2013 – Oficina de Gestión de la Calidad

De enero a diciembre del 2013 se han realizado un total de nueve rondas de seguridad, prioritariamente en los servicios de mayor demanda y en algunos cuya naturaleza los configura como críticos, como es el caso de Centro Obstétrico en el cual se realizó dos rondas de seguridad.

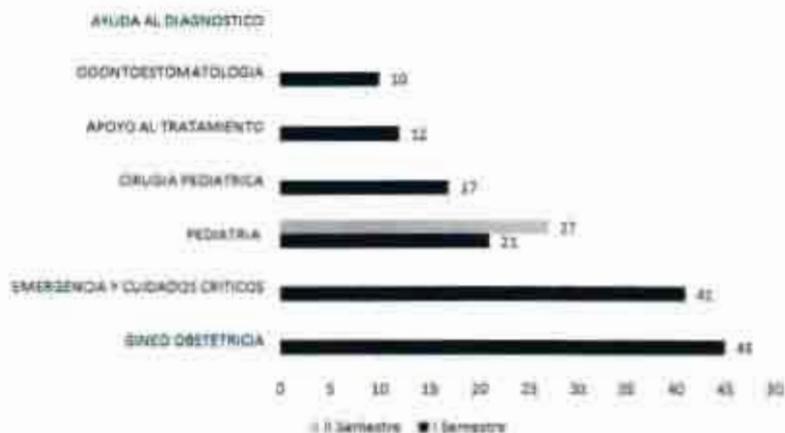
ESTANDARIZACION DE LA ATENCION EN EL HONADOMANI SAN BARTOLOME

La estandarización de la atención es otro elemento sustancial de la dimensión técnica, porque permite realizar la verificación de la atención para que esta sea segura, se realiza principalmente a través de la aplicación de las Guías de Práctica Clínica y la evaluación de su adherencia, lo que permite además cumplir la función de control.

En el año 2013 se aprobaron las siguientes Guías de Práctica Clínica y Guías de Procedimiento Asistencial en los diferentes departamentos del hospital, como se muestra a continuación:

APROBACION DE GUIAS DE PRACTICA CLINICA POR DEPARTAMENTOS – 2013 HONADOMANI SAN BARTOLOME

GPC Aprobadas por Departamento 2013



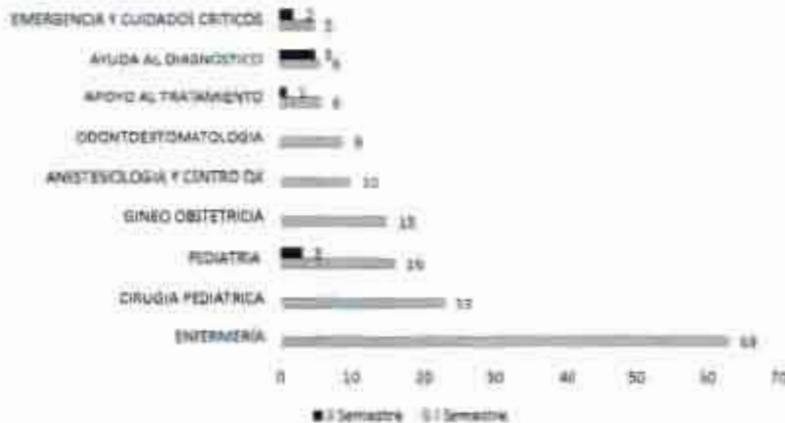
FUENTE: Informe de monitoreo de GPC 2013 – Oficina de Gestión de la Calidad



De enero a diciembre del 2013 se han aprobado un total de 173 Guías de Práctica Clínica, siendo pediatría el departamento en el que se aprobaron la mayor cantidad de GPC (48), seguidos del departamento de gineco-obstetricia y de emergencia y cuidados críticos (45 y 41, respectivamente).

APROBACION DE GUIAS DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL POR DEPARTAMENTOS 2013 HONADOMANI SAN BARTOLOME

GPA Aprobadas por Departamento 2013



FUENTE: Informe de monitoreo de GPA 2013 – Oficina de Gestión de la Calidad

De enero a diciembre del 2013 se han aprobado un total de 164 Guías de Procedimiento Asistencial, siendo enfermería el departamento en el que se aprobaron la mayor cantidad de GPA (63), seguidos del departamento de cirugía pediátrica y de pediatría (23 y 19, respectivamente).

MONITOREO DE LA ADHERENCIA A GPC Y GPA POR DEPARTAMENTOS - 2013 HONADOMANI SAN BARTOLOME

Departamento	GPC	GPA	%	%
Servicio de Cirugía pediátrica y servicio de Cuidados Mujeres	20	6	80%	77%
Servicio de Pediatría y Neonatología	11	0	N/A	0%
Servicio de Patología Clínica	N/A	0	N/A	0%
Servicio de Cuidados críticos de la OBSTETRICIA	25	0	50%	41
Servicio de Emergencia	44	0	80%	41
Cuidados críticos del Niño y Adolescente	10	0	20%	41
Servicio de Pediatría y Neonatología	0	0	0%	41
Servicio del Visitante	20	0	80%	41
Servicio del Niño	10	0	80%	41
Servicio del Adolescente	13	0	80%	41
Servicio de Cirugía pediátrica y Neonatología	0	0	0%	41
Servicio de Cirugía pediátrica	22	6	70%	41
Servicio de Cirugía Neonatal	10	0	80%	41
Servicio de Neonatología	0	0	0%	41
Servicio de Neonatología, Servicio Soporte Especializado	N/A	0	N/A	41
Servicio de Patología	5	0	80%	41%
Servicio de Cirugía pediátrica, Cirugía Neonatal, Ginecología y Obstetricia, Emergencia pediátrica, Cuidados críticos de la Mujer, Cuidados críticos del Neonato, Cuidados críticos del Niño y Adolescente, Centro Quirúrgico y Consulta	N/A	64	N/A	91%

FUENTE: Informe de monitoreo de adherencia a GPC y GPA 2013 – Oficina de Gestión de la Calidad



Las quejas tipo 2 más frecuentes estuvieron en relación a aspectos de información, al trato al usuario y la demora en la atención.

CAUSAS MAS FRECUENTES de QUEJAS TIPO 2	
Información	20
Demora	14
Trato	27

FUENTE: Informe de quejas 2013 – Oficina de Gestión de la Calidad

Durante el año 2013, se recibieron un total de 158 reclamos, de estos fueron atendidos el 74%.

RECLAMOS ATENDIDOS Y NO ATENDIDOS - 2013

CONDICION	RECLAMOS												TOTAL	%
	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Set	Oct	Nov	Dic		
Atendido	16	19	8	6	7	4	5	1	11	7	18	15	117	74
No Atendido	1	5	2	3	5	2	5	0	3	2	10	3	41	26
TOTAL	17	24	10	9	12	6	10	1	14	9	28	18	158	100

FUENTE: Informe de quejas 2013 – Oficina de Gestión de la Calidad

Las causas más frecuentes de los reclamos estuvieron también en relación a aspectos de información, al trato al usuario y la demora en la atención.

CAUSAS MAS FRECUENTES DE RECLAMOS	
Información	13
Demora	3
Trato	6

FUENTE: Informe de quejas 2013 – Oficina de Gestión de la Calidad

En relación a las quejas depositadas en el Buzón de Quejas, durante el año 2013, se recibieron un total de 103 quejas tipo 1 (69%), 32 sugerencias y 15 felicitaciones.

ATENCION BUZON DE QUEJAS 2013

TIPO	MES												TOTAL	%
	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Set	Oct	Nov	Dic		
Queja Tipo 1	16	11	9	7	10	4	3	3	22	10	5	3	103	69
Surgerencia	5	2	2	1	1	4	1	1	8	3	3	1	32	21
Felicitación	0	2	0	1	0	2	0	1	5	3	0	1	15	10
TOTAL	21	15	11	9	11	10	4	5	35	16	8	5	150	100

FUENTE: Informe de quejas 2013 – Oficina de Gestión de la Calidad

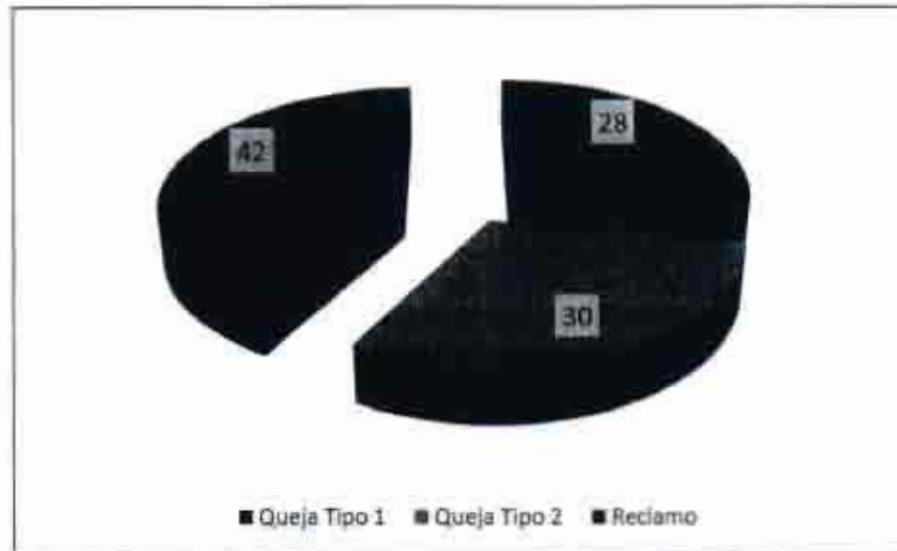
Las causas más frecuentes de quejas están en relación a aspectos de información, trato, demora en la atención y pérdida de la historia clínica.

CAUSAS MAS FRECUENTES DE QUEJAS DEL BUZON	
Información	29
Demora	23
Trato	28
Demora y pérdida de HC	14

FUENTE: Informe de quejas 2013 – Oficina de Gestión de la Calidad



En el año 2013 del total quejas y reclamos recibidos en el hospital (371), el 42% han correspondido a reclamos, el 30% a quejas tipo 2 y el 28% a quejas tipo 1 (buzón).



FUENTE: Informe de quejas 2013 – Oficina de Gestión de la Calidad

IMPLEMENTACION DE PROYECTOS DE MEJORA EN EL HONADOMANI SAN BARTOLOME

La Oficina de Gestión de la Calidad durante el año 2013, ha realizado un curso taller de capacitación para el personal de los diferentes departamentos y servicios, con el objetivo de capacitarlos en la Elaboración de Proyectos de Mejora Continua de la Calidad y la Aplicación de Herramientas de la Calidad, como consecuencia de ello se han identificado un total de 12 proyectos de mejora, de ellos tres se han implementado, cuatro están en fase de estudio, uno en fase de implementación y cuatro aún no se han iniciado.

Durante el proceso de desarrollo de los proyectos de mejora (desde su identificación), la Oficina de Gestión de la Calidad ha realizado la asistencia técnica a los equipos de trabajo de cada uno de los proyectos. En el cuadro que se presenta a continuación, se muestra en estado situacional de los proyectos de mejora, a diciembre del 2013:

PROYECTOS DE MEJORA – HONADOMANI SAN BARTOLOME – 2013

EQUIPOS DE TRABAJO	S/RD	C/RD	TOTAL
12	0	12	12

OFICINAS Y DEPARTAMENTOS QUE VIENEN TRABAJANDO PMC

OFICINAS Y DEPARTAMENTOS QUE VIENEN TRABAJANDO PMC	ETAPA DEL PMC
DPTO. GINECO-OBSTETRICIA	4 - Estudio 03; Implementación 01 C/RD
DPTO. DE APOYO AL TRATAMIENTO	1 - Implementado C/RD
OPIC. DE GESTION DE LA CALIDAD	1 - Implementado C/RD
OPIC. DE LOGISTICA	1 - Implementado C/RD
OPIC. DE COMUNICACIONES	1 - Estudio C/RD
TOTAL	8

OFICINAS Y DEPARTAMENTOS QUE NO INICIARON SU PMC

OFICINAS Y DEPARTAMENTOS QUE NO INICIARON SU PMC	RD de conformación de equipo se emitieron en el mes de diciembre 2013 y Enero del 2014
DPTO. CIRUGIA PEDIATRICA	3 - No ha iniciado C/RD
DPTO. ANESTESIOLOGIA	1 - No ha iniciado C/RD
TOTAL	4

FUENTE: monitoreo de proyectos de mejora 2013 – Oficina de Gestión de la Calidad



AUDITORIA EN EL HONDOMANI SAN BARTOLOME

Seguimiento de Recomendaciones de Auditoría

Las actividades de Auditoría responden al cumplimiento del Plan de Auditoría para la Calidad de Atención en Salud del año 2013 aprobado con RD N°0078-DG-HONADOMANI-SB-2013, del 25 marzo 2013. El cumplimiento de las actividades programadas en el año 2013 fue de un 80%, esto se atribuye principalmente a la poca disponibilidad de tiempo de los médicos auditores para realizar actividades de auditoría; a continuación se detalla las actividades incluidas en el plan de auditoría:

CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES DE AUDITORIA - 2013 HONADOMANI SAN BARTOLOME

ACTIVIDAD	DOCUMENTO SUSTENTARIO
Reunión para la difusión del Plan de Auditoría.	Acta folio N° 171 - 13 Febrero 2013.
Conformación de los comité de Auditoría en Salud	Acta folio N°171 - 13 Febrero 2013
Reuniones para la elaboración de instrumentos de Auditoría de la calidad de atención del paciente quirúrgico	Acta folio N° 173 - 18 Abril 2013
Auditoría de registro del proceso de atención del paciente quirúrgico	Nota informativa N°003-CAC-HONADOMANI SB 2013 16 SETIEMBRE 2013. Se concluye que el 59.4% de las historias clínicas auditadas son aceptables y un 40.6% por mejorar
Auditoría de la Calidad de Registros en hospitalización (con universo limitado)	Nota informativa N°003-CAC-HONADOMANI SB 2013 16 Setiembre 2013, documento enviado al Dr. Augusto Amoros Sub Director.
Auditoría de Proceso de emergencia	Pendiente
Seguimiento de las conclusiones y recomendaciones de los informes de auditoría	Memorando N°012-2013 CAC-HONADOMANI SB 2013, enviado al Jefe del Dpto. de anestesiología a fin de que informe el cumplimiento de la auditoría de registro.
Auditoría de caso (por mortalidad, Neonatal, pediátrica, materna o indicación de la Institución).	Informe de auditoría N°002-CAC 2013 junio 2013 Se envía el informe de la auditoría de caso de la paciente MVC dirigido a la Dirección General.
Informe de la evaluación anual del Plan de auditoría	Informe N°007 UGC 19 abril 2013. Informe N°034 UGC-20 diciembre 2013 enviado al Jefe de la oficina de gestión de la calidad Informe del estado situacional de la unidad de garantía

FUENTE: Informe de auditorías 2013 – Oficina de Gestión de la Calidad

En el 2013 se tuvieron dificultades para el cumplimiento de las actividades de auditoría, como la poca disponibilidad de tiempo de los médicos auditores para realizar actividades de auditoría quienes no disponían de horarios diferenciados y en algunos casos los jefes no les daban la autorización correspondiente y también la no disponibilidad de ambientes que garanticen privacidad para cumplir las actividades de auditoría de manera confidencial, sumado a ello el incremento de auditorías de casos solicitadas por la dirección.



3.1.4. CALIDAD DE LA ATENCIÓN 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 2012 alcanzaron el 75%.

RESULTADOS COMPARATIVOS DE LA AUTOEVALUACIÓN 2008 – 2012

MACROPROCESOS		2008	2009	2010	2011	2012	
GERENCIALES	Gestión de recursos humanos	66,7	66,62		66,62		
	Control de la gestión y prestación		57,69	62,69			
	Manejo del riesgo de atención		52,5	65,58	75,82		
	Gestión de la calidad		65,62		76,72	76,57	72,17
	Direccionamiento	61,7	79,43	82,33		78,41	70,89
	Gestión de seguridad ante desastres						
PRESTACION	Docencia e Investigación				61,9		
	Atención quirúrgica					76,72	
	Atención de hospitalización		62,04	51,85	63,88	62,19	76,78
	Atención ambulatoria		55	52,5	55	52,5	77,80
	Atención de emergencias		57,89	57,89	52,68	55,28	60,63
APOYO	Gestión de insumos y materiales	65,9	73,88	73,08			
	Gestión de la información			73,74	73,74	84,78	
	Gestión de medicamentos		67,61	78,51	81,54	89,22	84,83
	Referencia y contra referencia				79,41		78,47
	Admisión y alta						81,43
	Manejo del riesgo social			77,37	88,84	77,73	88,88
	Gestión de equipos e infraestructura				81,76		88,82
	Manejo de nutrición de pacientes		88,88			82,94	82,94
	Apoyo diagnóstico y tratamiento				81,27	85,91	
	Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización						

FUENTE: monitoreo de la autoevaluación 2013 – Oficina de Gestión de la Calidad

Del año 2008 al 2012 se han realizado en el hospital un total de seis procesos de autoevaluación, que sumados a los proyectos de mejora y la asistencia técnica que la Oficina de gestión de la calidad brinda a los diferentes departamentos, servicios y unidades, ha permitido mejorar el porcentaje de cumplimiento de los criterios en de la mayoría de macroprocesos.

MACROPROCESOS CON CALIFICACIÓN MENOR DE 50% Y ENTRE 50 A 69%

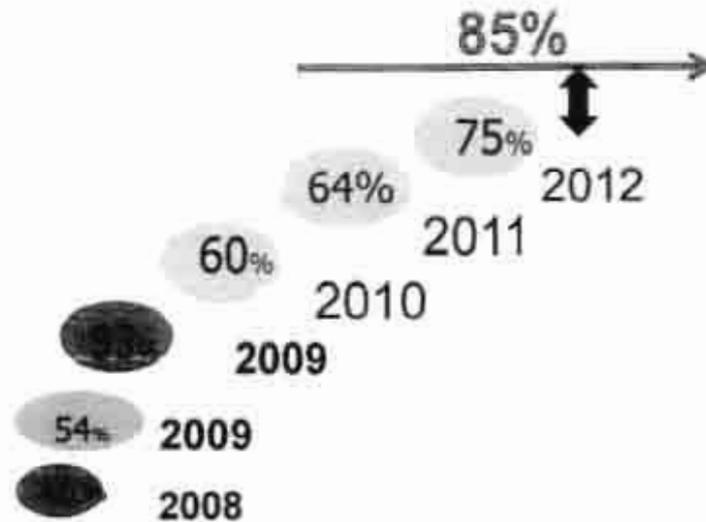


FUENTE: monitoreo de la autoevaluación 2013 – Oficina de Gestión de la Calidad



Según la estrategia de semaforización aplicada a los resultados de la autoevaluación, al 2013 aún se tienen macroprocesos en estado crítico (en color rojo, con puntaje menor del 50%) y en estado intermedio (en color amarillo, con puntaje entre el 50 y el 69%)

TENDENCIA DE LOS RESULTADOS DE LA AUTOEVALUACIÓN 2008 - 2012



FUENTE: monitores de la autoevaluación 2013 – Oficina de Gestión de la Calidad

Los procesos de autoevaluación continuos aplicados en el hospital, han permitido mejorar los resultados de la autoevaluación de un 41% en el año 2008 hasta un 75% en el año 2012, con una tendencia a alcanzar y superar el 85% en los próximos años (2014-2015).

VII. OBJETIVO GENERAL

Fortalecer las intervenciones de mejora de la calidad y de seguridad de la atención, que contribuyan a la acreditación del Hospital.

VIII. OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Incrementar el cumplimiento de los estándares de los macroprocesos seleccionados y los procesos de auditoría de la calidad.
2. Mejorar la satisfacción de los usuarios respecto a los procesos de preconsulta y los niveles de información respecto a los procedimientos administrativos y de atención médica.
3. Actualizar la estandarización de la atención en salud en todos los departamentos y servicios del hospital.
4. Fortalecer la vigilancia de eventos adversos y el manejo seguro de la atención quirúrgica extendiendo el sistema de indicadores de la seguridad de la atención.
5. Fortalecer la gestión e investigación en calidad



IX. PROGRAMACION DE ACTIVIDADES POR OBJETIVO ESPECÍFICO

OBJETIVO ESPECIFICO 1: Incrementar el cumplimiento de los estándares de los macroprocesos seleccionado y los procesos de auditoría de la calidad

- a) Autoevaluación Periódica
- b) Seguimiento de estándares de acreditación
- c) Auditoría Médica

OBJETIVO ESPECIFICO 2: Mejorar la satisfacción de los usuarios respecto a los procesos de pre-consulta y los niveles de información respecto a los procedimientos administrativos y de atención médica.

- a) Mejoramiento de procesos priorizados
- b) Medición de la satisfacción de los usuarios

OBJETIVO ESPECIFICO 3: Actualizar la estandarización de la atención en salud en todos los departamentos y servicios del hospital

- a) Estandarización de la atención clínica en salud
- b) Evaluación de la calidad en salud

OBJETIVO ESPECIFICO 4: Fortalecer la vigilancia de eventos adversos y el manejo seguro de la atención quirúrgica extendiendo el sistema de indicadores de la seguridad de la atención

- a) Manejo seguro de intervenciones quirúrgicas
- b) Intervenciones ante eventos adversos.

OBJETIVO ESPECIFICO 5: Fortalecer la gestión e investigación en calidad

- a) Desarrollo Estratégico de la Investigación
- b) Fortalecimiento de la gestión de la calidad

X. RESPONSABILIDADES

La Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, será responsable del cumplimiento, monitoreo y evaluación del presente Plan de Gestión de la Calidad.

XI. ANEXOS

Programación de Actividades (Diagrama de Gantt)



PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES Y TAREAS DEL PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD 2014 - OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD - HONADOMANI SAN BARTOLOME															
OBJETIVO GENERAL	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDAD OPERATIVA (CONCEPTO)	TAREA	DESCRIPCIÓN DE LA TAREA	UNIDAD DE MEDIDA	FRECUENCIA	UNIDAD ORGANIZATIVA	PROGRA. TRIMESTRAL				META ANUAL 2014	RESPONSABLE		
								I	II	III	IV				
Incrementar el cumplimiento de los estándares de los macroprocesos seleccionados y los procesos de auditoría de la calidad	Autoevaluación Periódica	Autoevaluación Periódica	227	Capacitación del equipo de evaluadores internos para la autoevaluación	Informe	S	Oficina Gestión de la Calidad	0	0	1	0	1	UNIDAD DE GARANTIA DE LA CALIDAD Lic. Flor de María Huamán Astacondor		
			226	Asistencia técnica en la elaboración del Plan de Autoevaluación 2014	Plan	S	Oficina Gestión de la Calidad	0	0	1	0	1			
			128	Ejecución de la Autoevaluación 2014	Informe	S	Oficina Gestión de la Calidad	0	0	0	1	1			
			229	Difusión del resultado de la autoevaluación 2013	Informe	S	Oficina Gestión de la Calidad	1	0	0	0	1			
	Seguimiento de estándares de acreditación	Seguimiento de estándares de acreditación	231	Elaboración del Plan de intervención post-autoevaluación 2013	Informe	S	Oficina Gestión de la Calidad	1	0	0	0	1			
			232	Asistencia técnica en los procesos observados de autoevaluación 2013	Informe	S	Oficina Gestión de la Calidad	0	3	1	0	4			
			Nuevo	Acciones en el marco de la evaluación externa para la acreditación	Informe	S	Oficina Gestión de la Calidad	0	0	0	1	1			
	Auditoría Médica	Auditoría Médica	136	Plan de auditoría médica 2015	Plan	S	Oficina Gestión de la Calidad	0	0	0	1	1			
			137	Seguimiento de recomendaciones de auditoría de casos	Informe	S	Oficina Gestión de la Calidad	1	1	1	1	4			
			138	Evaluación del plan de auditoría médica	Informe	N	Oficina Gestión de la Calidad	1	0	1	0	2			
	Mejorar la satisfacción de los usuarios respecto a los procesos de preconsulta y los niveles de información respecto a los procedimientos administrativos y de atención médica	Mejoramiento de procesos priorizados	Mejoramiento de procesos priorizados	Nuevo	Elaboración del Plan para el desarrollo de Proyectos de Mejora 2014 y 2015	Plan	N	Oficina Gestión de la Calidad	1	0	0	1		2	UNIDAD DE MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD Lic. María Teresa García Ayala
				223	Asistencia técnica en proyectos de mejora	Informe	S	Oficina Gestión de la Calidad	1	1	1	1		4	
				624	Monitoreo de proyectos de mejora implementación	Informe	S	Oficina Gestión de la Calidad	1	1	1	1		4	
217				Medición de tiempos de espera	Informe	S	Oficina Gestión de la Calidad	0	1	0	0	2			
Medición de la satisfacción de los usuarios		Medición de la satisfacción de los usuarios	216	Encuestas de satisfacción de usuario externo	Informe	S	Oficina Gestión de la Calidad	0	1	1	0	2			
			Nuevo	Encuestas de satisfacción de usuario interno	Informe	N	Oficina Gestión de la Calidad	0	1	0	0	1			
			218	atención de quejas y reclamos	Informe	N	Oficina Gestión de la Calidad	3	3	3	3	12			



PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES Y TAREAS DEL PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD 2014 - OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD - HONADOMANI SAN BARTOLOMÉ														
OBJETIVO GENERAL	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDAD OPERATIVA (CONCEPTO)	TAREA	DESCRIPCIÓN DE LA TAREA	UNIDAD DE MEDIDA	TRAZADOR	UNIDAD ORGANICA	PROGRA. TRIMESTRAL				META ANUAL 2014	RESPONSABLE	
								I	II	III	IV			
Actualizar la estandarización de la atención en salud en todos los departamentos y servicios del hospital	Estandarización de la atención clínica en salud		348	Asesoría y Asistencia técnica para la elaboración y actualización de Guías de Práctica Clínica	Informe	N	Oficina Gestión de la Calidad	1	1	1	1	4	UNIDAD DE EVALUACION DE LA CALIDAD Lic. Ana María Carbajal Carbajal	
			349	Asesoría y Asistencia Técnica para la elaboración y actualización de Guías de Procedimiento Asistencial, Manuales, Directivos, Reglamentos, etc.	Informe	N	Oficina Gestión de la Calidad	1	1	1	1	4		
			Nuevo	Inventar y registro de la Situación de las Guías de Práctica Clínica, Guías de Procedimiento Asistencial y/o Manuales, Directivos, Reglamentos, etc. elaborados por los Departamentos.	Informe	S	Oficina Gestión de la Calidad	1	0	1	0	2		
			380	Monitoreo y Evaluación de Adherencia de GPC, GPA, Manuales de Nutrición, Epidemiología, Censos de Esferización	Informe	S	Oficina Gestión de la Calidad	1	1	1	0	3		
	Evaluación de la calidad en salud		428	Monitoreo y Evaluación de la calidad de atención en los Departamentos	Informe	N	Oficina Gestión de la Calidad	1	0	1	0	2		
			378	Asesoría y Asistencia técnica para la Organización y Funcionamiento de los Comités Técnicos	Informe	N	Oficina Gestión de la Calidad	1	1	1	1	4		
	Fortalecer la vigilancia de eventos adversos y el manejo seguro de la atención quirúrgica extendiendo el sistema de indicadores de la seguridad de la atención	Manejo seguro de intervenciones quirúrgicas		Nuevo	Elaboración e implementación del Plan de Seguridad del Paciente	Plan	N	Oficina Gestión de la Calidad	1	0	0	0	0	UNIDAD DE SEGURIDAD DEL PACIENTE Dr. Edy Vera Loyola
				335	Verificación del manejo seguro de intervenciones quirúrgicas	Informe	S	Oficina Gestión de la Calidad	3	3	3	3	12	
				457	Monitoreo de los indicadores de seguridad de la atención del parto	Informe	S	Oficina Gestión de la Calidad	3	3	3	3	12	
				339	difusión de medidas de prevención con el uso de medicamentos	Informe	S	Oficina Gestión de la Calidad	0	1	1	1	3	
Intervenciones ante eventos adversos			241	Reporte de eventos adversos	Informe	S	Oficina Gestión de la Calidad	3	3	3	3	12		
			242	Análisis causal de eventos adversos	Informe	N	Oficina Gestión de la Calidad	3	3	3	3	12		
			143	Seguimiento de recomendaciones de análisis causal de eventos adversos	Informe	S	Oficina Gestión de la Calidad	1	1	1	1	4		
			244	Ronda de seguridad	Informe	S	Oficina Gestión de la Calidad	3	3	3	3	12		
			245	Alerta de seguridad	Informe	S	Oficina Gestión de la Calidad	1	1	1	1	4		
			144	Seguimiento de recomendaciones de análisis causal de eventos adversos	Informe	S	Oficina Gestión de la Calidad	1	1	1	1	4		
Fortalecer la gestión e investigación en calidad	Desarrollo Estratégico de la investigación		Nuevo	Proyecto de investigación en gestión de la calidad	Protocolo	N	Oficina Gestión de la Calidad	1	0	1	0	2	JEFATURA Y UNIDADES de la Oficina de Gestión de la Calidad	
			338	Desarrollo de investigación en gestión de la calidad	Investigación	N	Oficina Gestión de la Calidad	1	0	1	0	2		
	Fortalecimiento de la gestión de la calidad		Nuevo	Elaboración del Plan de Gestión de la Calidad 2015	Informe	S	Oficina Gestión de la Calidad	0	0	0	1	1		
			Nuevo	Monitoreo del Plan de Gestión de la Calidad	Informe	S	Oficina Gestión de la Calidad	1	1	1	1	4		
			Nuevo	Revisión y actualización de normas	Norma aprobada	N	Oficina Gestión de la Calidad	0	1	0	1	2		
			Nuevo	Reuniones Técnicas con el Comité Médico Asesor	Acta	N	Oficina Gestión de la Calidad	1	1	1	1	4		

