



Resolución Directoral

Lima, 19 de Junio de 2019

Visto, el Expediente Nº 08790-19;

CONSIDERANDO:

Que, el artículo VI del Título Preliminar de la Ley Nº 26842, Ley General de Salud, establece que 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;

Que, el artículo 41º, del Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, aprobado por Decreto Supremo Nº 023-2005-SA, señala que la Dirección General de Salud de las Personas es el órgano técnico normativo en los procesos relacionados a la atención integral, servicio de salud, calidad, gestión sanitaria y actividades de salud mental;

Que, mediante Resolución Ministerial Nº 811-2018/MINSA, se aprueba la Directiva Administrativa Nº 251-MINSA/2018/DGOS, Directiva para la Elaboración e Implementación del Plan "Cero Colas", en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) Públicas adscritas al Ministerio de Salud y Gobiernos Regionales, y en su numeral;

Que, mediante Nota Informativa Nº 105-2019.OGC-HONADOMANI.SB, el Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad se dirige al Director General e informa que con la finalidad de cumplir con el estándar GCA-1 para desarrollar acciones del Sistema de Gestión de la Calidad de la Norma Técnica de Salud de Acreditación pone a su consideración el "Plan de Mejora Continua de la Calidad 2019", para su respectiva oficialización;

Que, mediante Memorandum Nº 0231-2019.DG-HONADOMANI.SB, el Director General del HONADOMANI-SB, con los fundamentos expuestos, remite el expediente a la Jefatura de la Oficina de Asesoría Jurídica y solicita proyectar el correspondiente acto resolutivo;

Con las visación del Director Adjunto, del Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad y del Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé";

En uso de las facultades y atribuciones conferidas al Director General del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé", mediante Resolución Ministerial Nº 1364-2018/MINSA y de la Resolución Ministerial Nº 884-2003-SA/DM, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé";



HONADOMANI "SAN BARTOLOME"	
SECRETARIA	
OFICINA DE GESTION DE LA CALIDAD	
20 JUN. 2019	
RECEPCION	
Hora: 11:25 AM	Firma: [Signature]



SE RESUELVE:

Artículo Primero.- Aprobar el Documento Técnico "Plan de Mejora Continua de la Calidad 2019 del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé", que consta de diez (10) folios, debidamente visado forma parte integrante de la presente Resolución Directoral



Artículo Segundo.- Disponer a la Oficina de Gestión de la Calidad la implementación del Plan que se aprueba mediante la presente Resolución Directoral, informando periódicamente de sus resultados a la Dirección General.

Artículo Tercero.- Disponer que la Oficina de Estadística e Informática, a través del responsable del Portal de Transparencia de la Institución, se encargue de la publicación de la presente Resolución Directoral, en la dirección electrónica www.sanbartolome.gob.pe.



Regístrese y Comuníquese,



MINISTERIO DE SALUD
HOS. DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"
M.C. ILDAIRO AGUIRRE SOSA
Director General (e)
CNP 20684 RNE: 18888

IAS/CSR/ASP/CAJ/rpag
cc.

- DA
- OEA
- OGC
- OAJ
- OEI
- OCI
- Interesados
- Archivo

MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO DE SERVICIOS DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO
SAN BARTOLOME
Documento Autenticado

SR. RODOLFO MELGOSOR ANICAYA GOMEZ
FEDATARIO
Reg. N° Fecha: 20 JUN. 2019



HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO
"SAN BARTOLOME"
OFICINA DE GESTION DE LA CALIDAD



DOCUMENTO TECNICO:
"PLAN DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD" - 2019



Marzo 2019

Dr. Ildauro Aguirre Sosa

Director General

Dr. Carlos Santillán Ramirez

Director Adjunto

Dr. Álvaro Santivañez Pimentel

Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad

Lic. Gloria E. Asmat Bautista

**Coordinadora del Equipo de Mejora Continua
de la Calidad**



INDICE

	Pág.
I. INTRODUCCIÓN.....	4
II. FINALIDAD.....	5
III. BASE LEGAL.....	5
IV. ÁMBITO DE APLICACIÓN.....	5
V. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL.....	6
VI. OBJETIVO GENERAL.....	9
VII. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	9
VIII. PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES POR OBJETIVOS ESPECÍFICOS	10
IX. RESPONSABILIDADES.....	10

I.- INTRODUCCION

La Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé" inició sus funciones formalmente en el mes de Mayo del 2002, según Resolución Directoral N° 130-SA-OP-HONADOMANI-SB-2002 desde entonces ha implementado estrategias y desarrollado acciones 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, teniendo como objetivo general *"Mejorar continuamente la calidad de los servicios, recursos y tecnologías del sector salud, mediante el desarrollo de una cultura de calidad, sensible a las necesidades y expectativas de los usuarios internos y externos que sea claramente percibida por la población"* y entre sus objetivos específicos el *"Lograr la satisfacción de los usuarios del servicio"*.

El Documento Técnico "Política Nacional de Calidad en Salud" aprobado mediante RM N° 727-2009/MINSA, establece en su séptima política que "Las organizaciones proveedoras de atención de salud asumen como responsabilidad que los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo bajo su administración cumplan las normas y estándares de infraestructura, de equipamiento, de aprovisionamiento de insumos, de procesos y resultados de la atención; aprobados por la Autoridad Sanitaria e implementen acciones de mejora de la calidad de la atención.

En el marco de los objetivos señalados la Oficina de Gestión de la Calidad ha programado en el presente año 2019 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, para brindar una atención segura y de calidad que se refleje en un mayor porcentaje de usuarios satisfechos por los servicios otorgados.

El presente Plan de Mejora continua de la Calidad es un Documento técnico que contribuye a disminuir las brechas existentes en los indicadores de calidad de los procesos asistenciales y administrativos a través de la Gestión de las relaciones con el usuario externo y la asistencia técnica para la elaboración, implementación e institucionalización de Acciones y Proyectos de mejora que minimicen los riesgos y los índices de insatisfacción para el logro de los objetivos institucionales trazados con un enfoque de Gestión por procesos, Promoción y Protección de los Derechos de los Usuarios.



II.- FINALIDAD

Contribuir al logro de los objetivos estratégicos institucionales de calidad, establecidos en el Sistema de Gestión de la Calidad, Política Nacional de Calidad en Salud y en los documentos de gestión del HONADOMANI "San Bartolomé" mediante la identificación de procesos críticos y el mejoramiento continuo de los procesos.

III.- BASE LEGAL

- Ley N° 26842, Ley General de Salud.
- Ley N° 29344, Ley Marco del Aseguramiento Universal en Salud.
- Decreto Supremo N° 042 – 2011-PCM, Aprueba la obligación de las Entidades del Sector Público de contar con un Libro de Reclamaciones.
- Decreto Supremo N° 031-2014-SA.- que aprueba Reglamento de Infracciones y Sanciones de la Superintendencia Nacional de Salud – SUSALUD
- Decreto Supremo N° 027-2015-SA.- Reglamento de la Ley 29414, que establece el derecho de las personas usuarias de los Servicios de Salud.
- Decreto Supremo N° 030-2016-SA.- Reglamento para la atención de Reclamos y Quejas de los usuarios de las Instituciones Administradoras de Aseguramiento en salud – IAFAS, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud – IPRESS y Unidades de Gestión de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud – UGIPRESS, públicas, privadas o mixtas.
- Decreto Supremo N° 002-2019-SA Aprueba Reglamento para la Gestión de Reclamos y denuncias de los usuarios de las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud- IAFAS , Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, IPRESS y Unidad de Gestión de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud-UGIPRESS, públicas, privadas o mixtas.
- 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 Ministerial N° 527-2011/MINSA, que aprueba la "Guía Técnica para la Evaluación de la Satisfacción del Usuario Externo en los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo"
- Resolución Ministerial N° 367-2016/MINSA, que aprueba el Plan Estratégico Sectorial Multianual (PESEM) 2016 – 2021.
- Resolución Ministerial N° 850-2016/MINSA, que aprueba las "Normas para la elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud".
- Resolución Ministerial N° 1134 -2017/MINSA, que aprueba la Directiva Administrativa N° 245-OGPPM/MINSA "Lineamientos para la implementación de la Gestión por Procesos y procedimientos en el Ministerio de Salud".
- Resolución de Secretaría de Gestión Pública N° 006-2019-PCM/SGP que aprueba Norma Técnica para la Gestión de la Calidad de Servicios en el Sector Público.

IV.- AMBITO DE APLICACION

El presente Plan de Mejora de la Calidad es de aplicación en todas las Unidades Productoras de Servicios de Salud que brindan atención al usuario externo a través de los procesos asistenciales y administrativos implementados en el HONADOMANI "San Bartolomé".



V.- DIAGNOSTICO SITUACIONAL

La Guía Técnica para la Elaboración de Proyectos de Mejora y la aplicación de Técnicas y Herramientas para la Gestión de la Calidad, define que los Proyectos de Mejora están orientados a generar resultados favorables en el desempeño y condiciones del entorno de los procesos críticos considerando las siguientes oportunidades de mejora:

1. Resultados de Evaluación de la Satisfacción de los usuarios externos.
2. Informe Anual del Libro de reclamaciones.
3. Reporte Anual de Indicadores de Seguridad de la atención del parto.
4. Resultados de Autoevaluación para la Acreditación.

1.- Resultados de Evaluación de la Satisfacción de los usuarios externos.

Tabla N° 1.- Porcentajes de Satisfacción de los usuarios con la atención recibida en Consulta externa – Emergencia – Hospitalización. HONADOMANI "San Bartolomé" – Julio 2018

AREA	PORCENTAJE DE SATISFACCION (%) por DEPARTAMENTOS			GENERAL (%)
	GINECO OBSTETRICIA	PEDIATRIA	CIRUGIA PEDIATRICA	
CONSULTA EXTERNA	80.6	66.8	75.3	73.1
EMERGENCIA	68.2	76.6	-	73.5
HOSPITALIZACION	78.5	70.1	57.3	72.2

Fuente: Oficina de Gestión de la Calidad. HSB

De los resultados de evaluación de la satisfacción de los usuarios externos se identifica que la mayor insatisfacción por la prestación recibida se encuentra con los usuarios del Servicio de Hospitalización del Departamento de Cirugía Pediátrica.

2.- Informe Anual del Libro de Reclamaciones

Tabla N° 2.- Total de Reclamos según temática. Enero – Diciembre 2018

Temática	Total	Porcentaje (%)
Maltrato al usuario externo	18	40
Inadecuada atención asistencial	10	22
Inadecuada información	2	4
Inadecuada atención administrativa	5	11
Incumplimiento de horario de trabajo	7	16
Desabastecimiento de equipos, insumos y medicamentos		2
Otros	2	4
Total	45	100.0

Fuente: Oficina de Gestión de la Calidad

El número total de reclamaciones presentadas por los usuarios externos en el año 2018 fue 202 reclamos, de los cuales el 22% (45) fueron declarados por las áreas involucradas como Fundados, siendo las principales causas de reclamos el maltrato al usuario, inadecuada atención asistencial e incumplimiento de horario de trabajo.

3.- Reporte Anual de indicadores de Seguridad de la Atención del Parto.

La Oficina de Gestión de la Calidad en el año 2018 ha realizado el monitoreo del comportamiento de un conjunto de indicadores, que forman parte del sistema de vigilancia de la atención del parto seguro en el hospital, con el objetivo de reducir los riesgos en la atención del mismo. En la Tabla N° 3 se muestra los valores de los indicadores antes referidos, comparados con sus estándares correspondientes y su comparación con el año anterior. En esta tabla se observa que los indicadores relacionados a las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud son los que están por encima del promedio estándar, como la Tasa de Endometritis por Parto Vaginal, la Tasa de Endometritis por parto por Cesárea; asimismo, el número de casos de episiotomías en parto vaginal, Tasa de Infecciones de Sitio Operatorio y la Tasa de ingreso a UCCM, manteniéndose por encima del promedio nacional para la categoría de establecimiento (nivel III-1).

Tabla N° 3.-Promedio anual de los indicadores de seguridad del parto 2018

Indicador	2018	Estándar - Fuente
ENDOMETRITIS POR PARTO VAGINAL casos x 100 partos vaginales	0.45	0.19 (promedio nacional Hospitales III-1)
ENDOMETRITIS POR PARTO POR CESAREA casos x100 cesáreas	2.01	0.57 (promedio nacional Hospitales III-1)
DESGARRO PERINEAL III/IV GRADO casos x 100 partos vaginales	0.44	0.52 (promedio institucional)
FRACTURA DE CLAVICULA NEONATAL casos x 100 partos vaginales	2.66	3.18 (promedio institucional)
EPISIOTOMIA EN PARTO VAGINAL casos x 100 partos vaginales	36.05	25 (estándar Internacional)
INFECCION DE SITIO OPERATORIO EN PACIENTES POSTCESAREA casos x 100 cesáreas	2.93	1.34 (promedio nacional Hospitales III-1)
TASA DE INGRESO A UCCM casos x 1000 gestantes	3.21	3.12 (promedio Institucional)
RECIEN NACIDOS CON DIAGNOSTICO DE ASFIXIA NEONATAL casos x total de recién nacidos vivos	0.65	-
TRANSFUSIONES (Mayor de 1 unidad) casos por 100 transfusiones en gestantes	2.01	2.5 (promedio institucional)

Fuente: Informe del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la IAAS 2017-HONADOMANI SB, Reporte de eventos adversos de GO, SIP, Servicio de UCCM.

4.- Resultados de Autoevaluación para la Acreditación 2018

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, en nuestra institución este proceso se realizó en el mes de setiembre – octubre 2018 alcanzando un resultado general de 74%, siendo el estándar esperado para la acreditación alcanzar una calificación igual o mayor a 85% del cumplimiento de los estándares nacionales previamente definidos.

Tabla N° 4.- Semaforización del cumplimiento de estándares detallado por macro procesos.
HONADOMANI "San Bartolomé" - 2018

Macroprocesos	Puntaje Máximo por Macro proceso	Puntaje Obtenido x Macro proceso	Cumplimiento x Macro proceso
Direccionamiento	47.88	36.61	76.47
Gestión de recursos humanos	47.88	45.06	94.12
Gestión de la calidad	47.88	43.79	91.46
Manejo del riesgo de atención	47.88	43.67	91.21
Gestión de seguridad ante desastres	47.88	15.39	32.14
Control de la gestión y prestación	47.88	40.51	84.62
Atención ambulatoria	47.88	35.91	75.00
Atención de hospitalización	47.88	34.58	72.22
Atención de emergencias	17.10	9.45	55.26
Atención quirúrgica	17.10	10.55	61.70
Docencia e Investigación	47.88	15.96	33.33
Apoyo diagnóstico y tratamiento	17.10	12.83	75.00
Admisión y alta	17.10	11.48	67.14
Referencia y contrarreferencia	17.10	16.09	94.12
Gestión de medicamentos	17.10	15.78	92.31
Gestión de la información	17.10	6.69	39.13
Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización	34.20	29.48	86.21
Manejo del riesgo social	17.10	12.44	72.73
Manejo de nutrición de pacientes	17.10	16.09	94.12
Gestión de insumos y materiales	17.10	15.13	88.46
Gestión de equipos e infraestructura	17.10	7.04	41.18

Fuente: Unidad de Garantía de la Calidad – OGC

TOTAL

74%

- Menos del 50% 
- De 50% y menos del 70% 
- De 70% y menos del 85% 
- De 85% a más 



5.- Estado actual de Proyectos de Mejora Continua de la Calidad

Los Proyectos de Mejora están orientados a generar resultados favorables en el desempeño y condiciones del entorno a través del uso de herramienta y técnicas de la calidad contribuyendo a la mejora de los procesos institucionales y que influirán directamente en la satisfacción de los usuarios.

La Oficina de Gestión de la Calidad a través de la Unidad de Mejora Continua está asesorando a los departamentos y oficinas para el desarrollo de los Proyectos de Mejora indicados en la Tabla N° 5, cursando las diferentes etapas hasta llegar a la oficialización del proceso mejorado en la institución.

Tabla N° 5.- Proyectos de Mejora de la Calidad según etapas. HONADOMANI "San Bartolomé"

N°	NOMBRE DEL PROYECTO DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD	ETAPA DEL PROYECTO DE MEJORA (marcar con una x)				
		ESTUDIOS	IMPLEMENTACIÓN	SEGUIMIENTO	EVALUACIÓN	INSTITUCIONALIZACIÓN
1	DISMINUCION DEL TIEMPO DE ESPERA EN CONSULTORIOS EXTERNOS				X	
2	MEJORA DEL PROCESO DE ATENCION DEL PARTO EN CENTRO OBSTETRICO			X		
3	MEJORA DEL PROCESO DE EVALUACION DEL DESEMPEÑO Y CONDUCTA LABORAL			X		
4	OPTIMIZANDO EL PROCESO DE ATENCION DE LOS USUARIOS DEL SERVICIO DE EMERGENCIA	X				
5	CONTINUIDAD DE LA ATENCION INTEGRAL ESPECIALIZADA A GRUPOS DE RIESGO Y EN PACIENTES CON PATOLOGIA ESPECIFICA		X			
6	ATENCION INTEGRAL DIFERENCIADA A LA ADOLESCENTE					X
7	MEJORA DEL PROCESO DE ATENCION DEL PACIENTE QUIRURGICO PROGRAMADO PARA CIRUGIA ELECTIVA	X				
8	CONTROL DE ISO EN CESAREAS	X				

Fuente: Unidad de Mejora Continua de la Calidad – OGC

VI.- OBJETIVO GENERAL

Contribuir a la mejora de los procesos institucionales para el logro de estándares de calidad mediante la implementación de Proyectos de Mejora priorizados que beneficien la salud de los usuarios externos del HONADOMANI "San Bartolomé"

VII. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 1) Desarrollar una Guía metodológica institucional para la elaboración y desarrollo de Proyectos de Mejora en el HONADOMANI "San Bartolomé".
- 2) Brindar asistencia técnica a los equipos de Proyectos de Mejora para su desarrollo según etapas en el HONADOMANI "San Bartolomé".
- 3) Realizar el seguimiento y evaluación de los Proyectos de Mejora del HONADOMANI "San Bartolomé".
- 4) Brindar asistencia técnica a las Jefaturas de Departamentos y Oficinas para el desarrollo de Acciones de Mejora en el HONADOMANI "San Bartolomé".



VIII. PROGRAMACION DE ACTIVIDADES POR OBJETIVOS ESPECIFICOS

Objetivo específico 1.- Desarrollar una Guía metodológica institucional para la elaboración y desarrollo de Proyectos de Mejora en el HONADOMANI "San Bartolomé".

Actividades

- a) Elaboración de Guía Metodológica institucional.
- b) Aprobación de Guía Metodológica institucional.
- c) Socialización a Departamentos y Oficinas la Guía Metodológica institucional.
- d) Convocatoria a Departamentos y Oficinas para la elaboración de Proyectos de Mejora 2020.

Objetivo específico 2.- Brindar asesoría y asistencia técnica a los equipos de Proyectos de Mejora para su desarrollo según etapas en el HONADOMANI "San Bartolomé".

Actividades

- a) Coordinación con Jefaturas de Departamento y Oficinas para la asesoría y asistencia técnica a los equipos de Proyectos de Mejora.
- b) Programación de asesoría y asistencia técnica a los equipos de Mejora Continua.
- c) Asistencia técnica a equipos de mejora para el desarrollo de Proyectos de Mejora de la calidad.
- d) Elaboración de informe de asesoría y asistencia técnica a los equipos de Proyectos de Mejora.

Objetivo específico 3.- Realizar el seguimiento y evaluación de los Proyectos de Mejora del HONADOMANI "San Bartolomé".

Actividades

- a) Coordinación con Jefaturas de Departamento y Oficinas para el seguimiento y evaluación de los Proyectos de Mejora.
- b) Programación del seguimiento y evaluación de los Proyectos de Mejora.
- c) Seguimiento y evaluación de los proyectos de mejora.
- d) Elaboración de informe del seguimiento y evaluación de los Proyectos de Mejora.

Objetivo específico 4.- Brindar asistencia técnica a las Jefaturas de Departamentos y Oficinas para la implementación de Acciones de Mejora en el HONADOMANI "San Bartolomé".

Actividades

- a) Coordinación con Jefaturas de Departamento y Oficinas para el desarrollo de Acciones de Mejora.
- b) Programación de reuniones técnicas para la implementación de Acciones de Mejora.
- c) Desarrollo de reuniones técnicas para la implementación de Acciones de mejora.
- d) Elaboración de informe de Acciones de Mejora implementadas con las Jefaturas de Departamentos y Oficinas.

La presente programación ha sido incorporada en el Plan de Gestión de la Calidad 2019 del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé".

IX. 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 Mejora de la Calidad a través de la Unidad de Mejora Continua de la Calidad.

MINISTERIO DE SALUD
HONADOMANI "SAN BARTOLOME"

.....
Lic. GLORIA ELIZABETH ASMAT BAUTISTA
Coordinadora de Mejora Continua de la Calidad
COP. N° 6551