



2397

Nº 0447-06-HONADOMANI-SB/2015



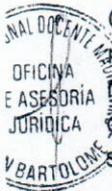
Resolución Directoral

Lima, 23 de SETIEMBRE de 2015

Visto, el Expediente Nº 12347-15;

CONSIDERANDO:

Que, conforme a lo dispuesto en la Ley Nº 26842, Disposiciones Complementarias, Transitorias y Finales del Título Preliminar, IV. La Salud Pública es responsabilidad primaria del Estado. La responsabilidad en materia de salud individual es compartida por el individuo, la sociedad y el Estado;



Que, la Ley Nº 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General, establece en el numeral 61.2 del artículo 61º 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, mediante Nota Informativa Nº 148-2015-OGC-HONADOMANI-SB, el Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad remite al Director General el "DOCUMENTO TECNICO: PLAN DE GESTION DE LA CALIDAD" correspondiente al año 2015, para su aprobación con Resolución Directoral y oficialización; asimismo, dicho Documento Técnico reúne la estructura mínima establecida en el numeral 6.1.4 del acápite 6.1 de las "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud" aprobado mediante Resolución Ministerial Nº 526-2011/MINSA, cuya finalidad es "Contribuir al logro de los objetivos estratégicos institucionales de calidad, establecidos en los documentos de gestión del HONADOMANI-"San Bartolomé";



Que, mediante Informe Nº 077-2015-CMI-DA-HONADOMANI.SB, la Coordinadora de Monitoreo Institucional de la Dirección Adjunta informa al Director Adjunto que, el "DOCUMENTO TECNICO: Plan de Gestión de la Calidad - 2015", se encuentra adecuado en estructura y forma, y cuenta con opinión favorable por cumplir los criterios establecidos según normatividad vigente;

Que, mediante Memorándum Nº 302.DA.HONADOMANI.SB.2015, el Director Adjunto solicita se proyecte la Resolución Directoral que aprueba el Documento Técnico: Plan de Gestión de la Calidad - 2015 antes enunciada;

Con las visaciones de la Dirección Adjunta, del Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad y de la Oficina de Asesoría Jurídica;

En uso de las facultades y atribuciones conferidas al Director General mediante Resolución Jefatural Nº 34-2015/IGSS, y el artículo 11º, inciso c) del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé", aprobado por la Resolución Ministerial Nº 884-2003-SA/DM;



SE RESUELVE:



Artículo Primero.- Aprobar el “DOCUMENTO TÉCNICO: PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD – 2015” del Hospital Nacional Docente Madre Niño “San Bartolomé”, el cual consta de Veintiocho (28) folios, que en anexo adjunto forma parte de la presente Resolución Directoral.



Artículo Segundo.- Disponer que la Jefatura de la Oficina de Gestión de la Calidad, implemente la difusión y cumplimiento del citado Plan en el Hospital Nacional Docente Madre Niño “San Bartolomé”.



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 del Plan aprobado por la presente Resolución Directoral, en la dirección electrónica www.sanbartolome.gob.pe.

Regístrese y Comuníquese,

MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO DE GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE-NiÑO
"SAN BARTOLOME"
Dr. EDUARDO W. VÁSQUEZ PÉREZ
Director General
EMP: 20636, RNE: 6307

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

RODOLFO MELCHOR ANICAMA GÓMEZ
FEDATARIO
Reg. N° Fecha 29 SET. 2015

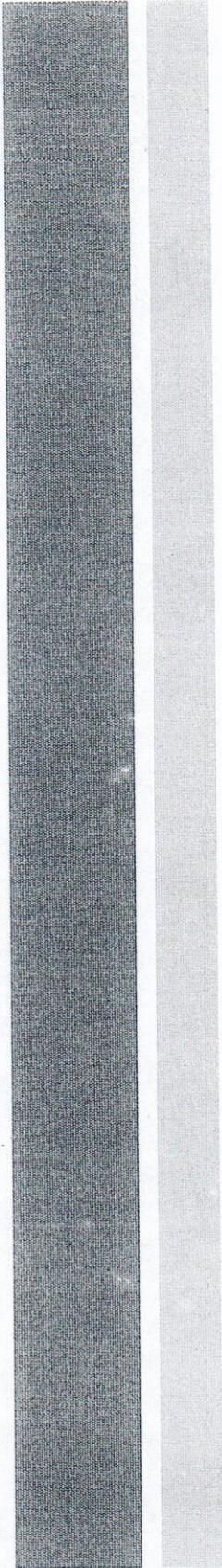
HONDOMANI SAN BARTOLOME
OFICINA DE ESTADISTICA E INFORMATICA

30 9 15
RECIBIDO

HORA: 10:11 FIRMA: [Signature]

EWVP/JCVO/OMMV

- Cc.
- DA.
- OGC
- Dptos. Asistenciales
- OAJ
- OEI
- Archivo



**HOSPITAL NACIONAL
DOCENTE MADRE NIÑO
SAN BARTOLOME**

**OFICINA DE GESTION
DE LA CALIDAD**

**DOCUMENTO TECNICO:
“PLAN DE GESTION DE
LA CALIDAD 2015
HONADOMANI SAN
BARTOLOME”**

2015

Dr. Edgardo Vásquez Pérez
Director General

Dr. David Cornejo Falcón
Director Adjunto

Dr. Augusto Díaz Falcón
Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad

Equipo Técnico de la Oficina de Gestión de la Calidad

Dr. Edson Valdivia Vera

Dr. Mery Aranda Alberto

Lic. Flor de María Huamán Astocondor

Lic. Gloria Asmat Bautista

Asistente Administrativo

Sra. Socorro Simón Moreno



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 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 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 2015 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 2015, 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: el sistema de quejas y sugerencias, 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°-0192-DG-HONDOMANI-SB/2015, que aprueba el Plan Operativo Anual 2015 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".
- Decreto Supremo N° 031-2014-SA.- aprueban reglamento de infracciones y sanciones de la superintendencia nacional de salud – SUSALUD

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 2015 el que considera un objetivo general 3.3: "Desarrollar e implementar una gestión de calidad por resultados y de mejora continua de sus procesos".

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 del Instituto de Gestión de Servicios de Salud, Dirección de Calidad de la Dirección General de Salud de las Personas del Ministerio de Salud.

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.

5.3 GARANTIA 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° 0046-DG-HONADOMANI.SB.2015, aprueba el Documento Técnico "Plan de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud – 2015 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 siete 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, la cual ha sido reformulada en el año 2014 y se aprobó con RD N°0310-DG-HONADOMANI-SB-2014 a partir de ellos y de manera complementaria se han implementado otros procesos que permiten identificar o prevenir 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-SB-06 del 21 de marzo del 2006, la cual ha sido actualizada con RD N°380-DG-HONADOMANI-SB/2014 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 resuelven 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 2013 - 2014 - HONADOMANI "SAN BARTOLOMÉ"

PREGUNTAS		
	2013	2014
1. Trámites para atención	55.3	37.46
2. Horario programado	58.1	38.31
3. Respeto a programación	51.8	40.88
4. Historia disponible	51.2	29.97
5. Citas disponibles	59.4	40.68
6. Atención en caja rapidez	56.3	48.63
7. Toma de análisis fue rápida	44.2	37.23
8. Celeridad en Rx.	72.2	39.29
9. Celeridad en Farmacia	66.7	44.44
10. Privacidad	48.2	41.55
11. Examen físico completo	56.6	32.65
12. Tiempo para preguntas	51.4	33.78
13. Confianza del medico	48.4	31.40
14. buen trato	60.6	41.50
15. Interés por su salud	50.3	33.33
16. Explicación problemas de salud	53.7	32.88
17. Explicación sobre tratamiento	50.5	34.54
18. Explicación sobre análisis	50.6	36.64
19. Señalización adecuada	39.8	37.41
20. Informe y orientación	54	36.39
21. Equipos disponibles	47	32.65
22. Limpieza y comodidad	46	34.92
GENERAL	53	36.88

FUENTE: Evaluación de satisfacción de usuario externo 2013 - 2014 -- Oficina de Gestión de la Calidad

La insatisfacción en los consultorios externos del HONADOMANI "San Bartolomé" en el año 2014 fue 36%, estando en un nivel adecuado. En comparación al año pasado, ha disminuido en 17 puntos porcentuales.



**INSATISFACCION DEL USUARIO EXTERNO EN HOSPITALIZACION
COMPARATIVO 2013 - 2014 – HONADOMANI "SAN BARTOLOMÉ"**

Nº	Preguntas	INSATISFECHOS (-)	
		2013	2014
1	Visita todos los días	50.8	28,12
2	Comprende sobre su evolución	52	34,20
3	Comprende sobre medicamentos	49.4	37,47
4	Comprende sobre los resultados	53.3	42,46
5	Comprende al alta	42.3	29,32
6	Trámites para ingreso	61.5	37,68
7	Análisis de laboratorio	52.9	35,99
8	Exámenes radiológicos	55.7	39,74
9	Tramites de alta	47.3	52,00
10	Medico interés para solución	50.6	34,13
11	Alimentos	53.3	29,23
12	Que mejore su problema	44.9	35,02
13	Privacidad	44.6	38,48
14	Trato obstetra/ enfermera	60.6	34,67
15	Trato medico	37.2	26,12
16	Trato nutrición	48.8	28,70
17	Trato administrativo	58.8	33,90
18	Interés de enfermera por salud	56	41,04
19	Ambientes cómodos	49.2	36,56
20	Servicios higiénicos	50.5	42,65
21	Equipos y materiales	47.4	38,06
22	Ropa de cama	44.6	33,02
Porcentaje Total		51	35,39

FUENTE: Evaluación de satisfacción de usuario externo 2013 - 2014 – Oficina de Gestión de la Calidad

Se observa que la insatisfacción general en el año 2013 fue del 51%, en el 2014 la insatisfacción se ha disminuido al 35%, 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), especialmente los ítems 6 y 14 que han virado de rojo a verde.



MEDICIÓN DE LA SATISFACCION DEL USUARIO EXTERNO EN EMERGENCIA

INSATISFACCION DEL USUARIO EXTERNO EN EMERGENCIA COMPARATIVO 2013 - 2014 - HONADOMANI "SAN BARTOLOMÉ"

	P-E	2013	2014
		insatisfacción %	insatisfacción %
1	Atención inmediata	54	46
2	Atención considerada gravedad	58	46
3	Atención médica	61	42
4	Comunicación por médico	61	45
5	Medicamentos farmacia	63	55
6	Atención en caja	71	47
7	Análisis de laboratorio	65	42
8	Exámenes radiológicos	67	39
9	Atención rápida farmacia	71	50
10	Contesta dudas	60	45
11	Privacidad	65	47
12	Examen físico	60	40
13	Problema de salud se resuelve	69	58
14	Trato amable	62	43
15	Solución a dificultades	63	48
16	Comprensión problema de salud	72	45
17	Comprensión procedimientos	71	42
18	Comprensión tratamiento	66	40
19	Señalización emergencia	57	37
20	Personal de informe	62	40
21	Equipos y materiales	70	43
22	Limpieza de ambiente	67	35
	TOTAL	65	44

FUENTE: Evaluación de satisfacción de usuario externo 2013 - 2014 Oficina de Gestión de la Calidad

Se observa que la insatisfacción general en el año 2013 fue del 65% en el 2014 el porcentaje de insatisfacción ha disminuido a 44%, observándose que en algunos ítems la insatisfacción todavía no es adecuada y se encuentra en "proceso" a "por mejorar".

Solo se encontraron tres (03) factores en un nivel "aceptable" (insatisfacción menor del 40%).



MEDICION DEL TIEMPO DE ESPERA EN CONSULTORIOS EXTERNOS 2014

Tabla 6: Tiempo Espera Total en la Consulta Externa

var1	Mean	Std. Dev.	Freq.
Cirugía Ped	54.396334	27.954755	30
Gin-Obste.	119.48967	47.71537	30
Pediatría	198.13867	52.121764	30
Total 	124.00822	73.310089	90

Comentario: Se observa que el tiempo de Espera promedio de los 3 departamentos (G.O, Pediatría y CP) fue de 124 minutos (2horas) en la consulta externa.

Informe medición tiempos de espera 2014 -- Oficina de Gestión de la Calidad

La Medición de Tiempos de Espera en la consulta externa de los Departamentos, tanto a pacientes nuevas aseguradas y no aseguradas, fue de 2horas, que están lejos de los estándares que es de 75 minutos. Esto es mayor en el Departamento de Pediatría con un promedio de 198 minutos, seguido de Gineco-obstetricia con 119 minutos.

VIGILANCIA DE EVENTOS ADVERSOS EN EL HONADOMANI SAN BARTOLOME

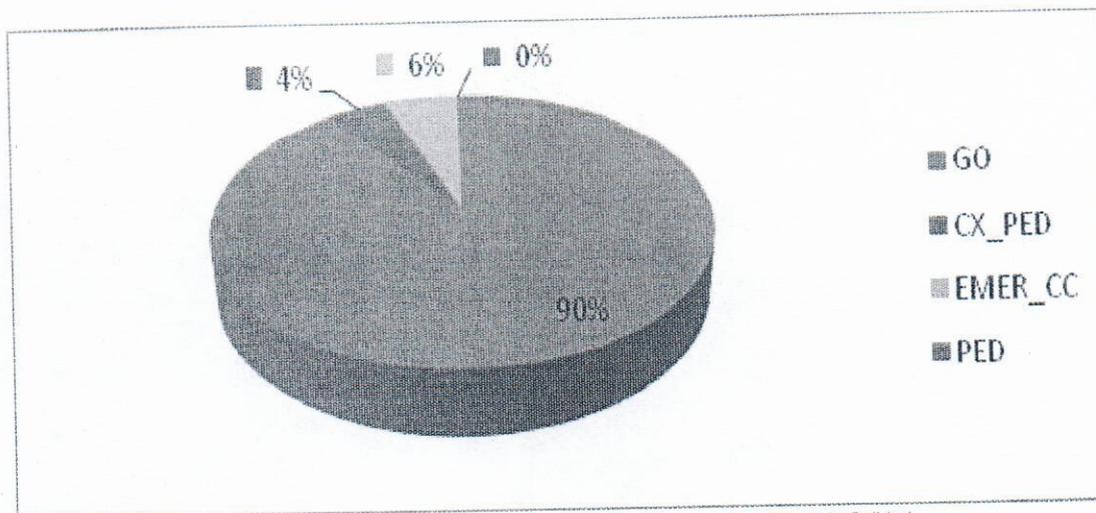
La **Seguridad de los pacientes** se constituye en un aspecto determinante en la evaluación de la calidad técnica de la atención. La gestión del riesgo no es posible si no tenemos conocimiento del comportamiento de los eventos adversos.

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 2014 se tuvo.

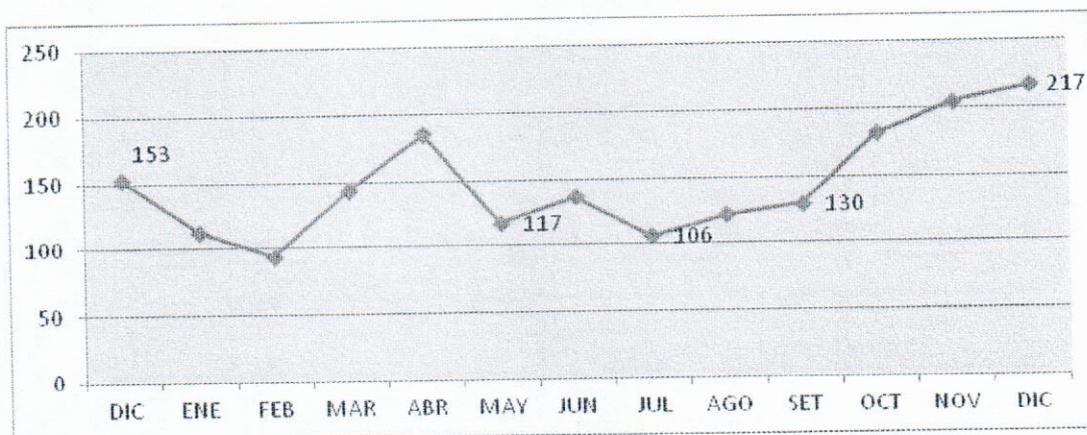


EVENTOS ADVERSOS EN EL HONADOMANI SAN BARTOLOME POR DEPARTAMENTOS -2014



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

Se aprecia como en años anteriores que el Dpto. que mas eventos adversos informa es el de Gineco-obstetricia con 90%, seguido por Emergencia y CC, de otro lado el que menos informa es el Dpto. de Pediatría, por lo que sugerimos acciones para mejorar esta notificación.



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

En el año 2014 se reportaron un total de 2,405 eventos adversos, mostrando en su comportamiento una tendencia a aumentar a lo largo de los meses siendo el mes de diciembre el que más ha reportado, lo que significa que no han aumentado estos, sino ha mejorado la notificación de los Departamentos a lo largo del año, producto de una mejora de la cultura de la calidad



Eventos Adversos presentados en Dpto. Gineco obstetricia. 2014

Incidente de seguridad	2014												frecuencia	promedio
	ene-14	feb-14	mar-14	abr-14	may-14	jun-14	jul-14	ago-14	sep-14	oct-14	nov-14	dic-14		
revisión instrumentada	55	37	32	46	33	26	24	28	36	42	47	50	436	36.3
Transfusión hemoderivados (PG)	18	24	24	24	21	19	15	41	28	32	46	34	326	27.2
endometritis	19	12	12	23	13	21	13	25	16	22	16	5	198	16.5
HPP x Atonia Uterina	10	10	17	18	10	18	12	12	17	11	10	11	156	13.0
Desgarro de pared vaginal	13	19	20	19	12	4	7	13	10	0	6	5	128	10.7
ISO	8	5	11	12	11	8	13	13	9	10	6	7	100	8.3
fractura de clavícula	3	9	7	22	8	16	0	4	12	6	6	7	92	7.7
Apgar < 7	1	1	1	1	5	10	3	2	11	17	24	15	69	5.8
reingreso < 7d	1	4	6	11	8	8	8	9	6	6	9	0	44	3.7
Desgarro de Cervix	6	1	3	7	4	2	4	4	7	1	3	2	35	2.9
logrado puerperal	4	4	4	2	2	3	0	0	6	4	3	3	35	2.9
traslado no espe. a UCIM	0	2	6	5	2	5	1	1	1	2	2	6	32	2.7
retención placentaria	3	2	3	1	4	3	4	3	3	1	3	2	32	2.7
reoperación	2	1	0	4	1	5	1	5	2	5	0	6	19	1.6
Desgarro III y IV	3	6	1	1	1	2	1	4	4	1	6	1	15	1.3
punción inadvertida duram	2	1	3	2	1	2	2	0	2	0	0	0	13	1.1
Hematoma vulvovaginal	0	1	1	4	1	0	0	0	5	0	0	1	12	1.0
estancia prolongada	1	1	2	1	1	3	2	0	0	0	0	0	11	0.9
Dehiscencia de cicatriz ant	0	0	3	2	1	3	2	0	0	0	0	0	11	0.9
laceración visceral	0	0	2	3	0	2	0	1	0	1	1	1	10	0.8
hemorragia intraoperatoria	1	0	0	3	0	3	1	0	0	1	0	0	7	0.6
perforación uterina	0	1	1	1	2	0	0	0	0	2	0	1	6	0.5
Dehiscencia de episiorrafia	0	0	1	2	0	0	0	0	0	1	1	0	3	0.3
Reacción transfusional	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0.3
obito fetal en hospitalización	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	3	0.3
fuga de paciente	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	2	0.2
hematoma de pared abdominal	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	2	0.2
flebitis	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0.1
Inversión uterina	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0.1
quemadura 2º grado	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0.1

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

En el presente cuadro apreciamos que la revisión instrumentada y la transfusión de Hemoderivados ocupan los primeros lugares, pero entendemos quizás que estos son procedimientos que han dado lugar a eventos adversos. Con la Nueva Directiva aprobada esperamos modificar estos datos.

Lo que sí es evidente que la Endometritis es un importante evento adverso con una frecuencia de 198 que nos da un 16.5%. Seguimiento de hemorragia PP con 13% y desgarro de pared vaginal con 10.7%.

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

INDICADORES DE SEGURIDAD DEL PARTO

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.

Indicador	2014	Fuente
ENDOMETRITIS PV casos x 100 partos vaginales	0.9	0.32 (promedio nacional Hospitales III-1)
ENDOMETRITIS PC x100 cesáreas	2.9	0.88 (promedio nacional Hospitales III-1)
DESGARRO PERINEAL III/IV x 100 partos vaginales	0.5	0.52 (promedio Institucional)
TRAUMA CUERO CABELLUDO x100 partos	1.3	1.52 (promedio Institucional)
EPISIOTOMIA x 100 partos vaginales	43.65	25 (estándar Internacional)
IHO x 100 cesáreas	1.56	1.51 (promedio nacional Hospitales III-1)
INGRESO A UCCM x 1000 gestantes	4.80	3.12 (promedio Institucional)
APGAR A LOS 5 MINUTOS < 7 uv. x 100 partos	0.50	0.6 (promedio Institucional)
TRANSFUSIONES (Mayor de 1 unidad) x 100 transfusiones en gestantes	3.20	2.5 (promedio Institucional)

Fuentes: Reporte de la Oficina de Epidemiología, Reporte de eventos adversos de GO, SIP, Servicio de UCCM.

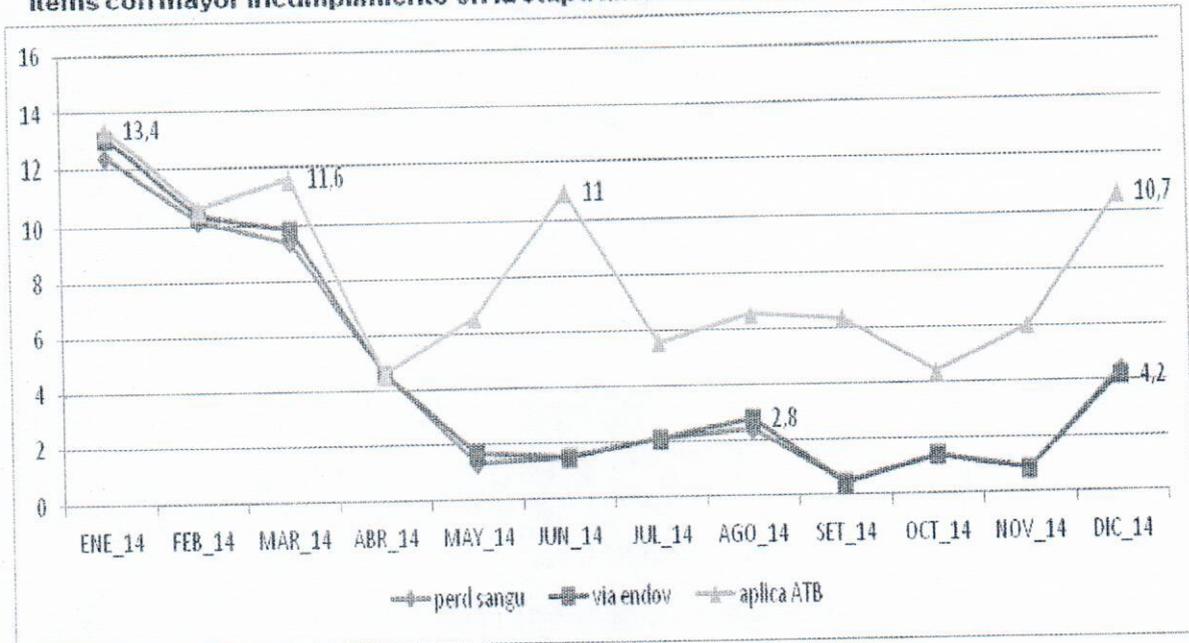
En ella apreciamos que varios indicadores están altos con relación a los estándares como es el caso de endometritis PV, que supera en tres veces el estándar, de igual forma la endometritis PC, que es más alta aun y supera en más de tres veces el estándar.

APLICACIÓN DE LA LISTA SE VERIFICACION DE CIRUGIA SEGURA (LVCS) EN EL HONADOMANI SAN BARTOLOME LISTA DE VERIFICACIÓN IMPLEMENTADA EN CENTRO QUIRÚRGICO - 2014



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 2014 se aplicó la LVCS, de enero a diciembre cuyos resultados mostramos a continuación.

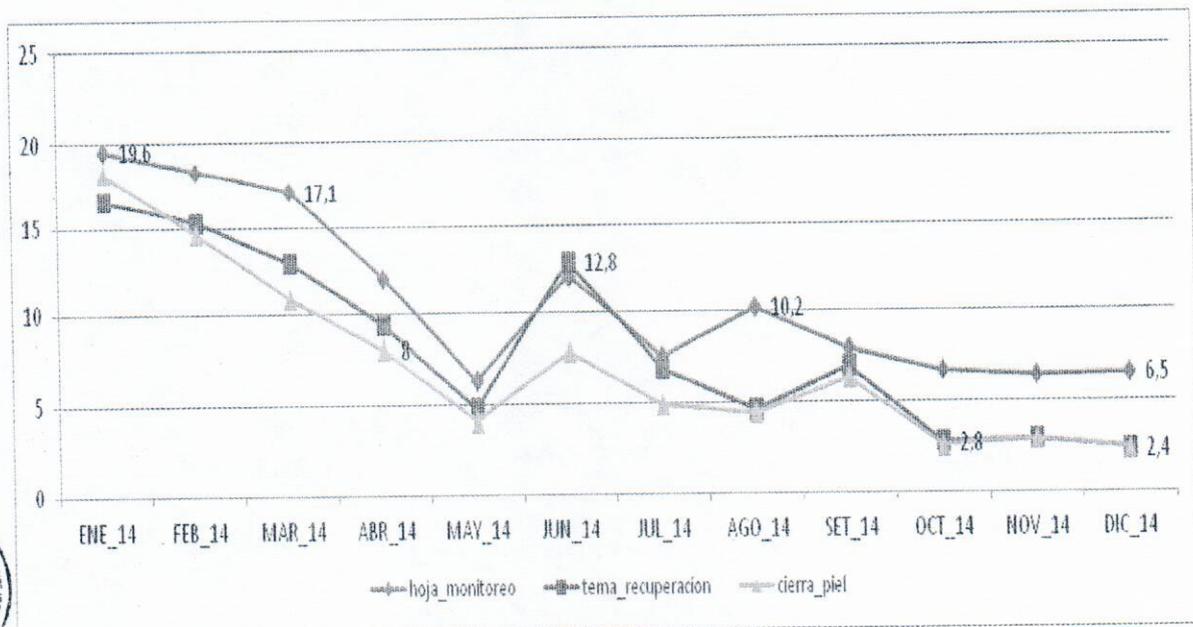
Items con mayor incumplimiento en la etapa antes de la inducción de la anestesia – 2014



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.

Items con mayor incumplimiento en la etapa antes de que el paciente salga del quirófano – 2014



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 descenso los últimos meses del año llegando a 2,4% de incumplimiento aproximadamente.

Hallazgos sobre el cumplimiento de LVCS - 2014

etapa	Mayor frecuencia de incumplimiento
antes de la anestesia	aplicación de antibiotico profilaxis
antes de la incision	verifica la placa de rayos x
antes que salga del quirofano	llenado de la hoja de monitoreo en trasfusión
firma y sello	Incumplimiento los medicos anestesialogos

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

En resumen en el año 2014, apreciamos que el mayor incumplimiento se dio de acuerdo a cada etapa fueron la aplicación de antibióticos, verificación de la placa de Rx, llenado de la hoja de monitoreo de la transfusión, incumplimiento de la firma de los médicos Anestesiólogos.

RONDAS DE SEGURIDAD EN EL HONADOMANI SAN BARTOLOME

RONDAS DE SEGURIDAD – 2014

N°	MES	SERVICIO
1	Abril	Centro obstétrico
2	Junio	Emergencia pediátrica
3	Julio	Emergencia obstétrica
4	Agosto	Sala de partos
5	Septiembre	Centro quirúrgico
6	Diciembre	Cirugía pediátrica
7	Diciembre	emergencias

FUENTE: Libro de actas de rondas de seguridad 2014 – Oficina de Gestión de la Calidad



De enero a diciembre del 2014 se han realizado un total de siete 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 Centro Quirúrgico y Emergencia cual se realizó tres rondas de seguridad.

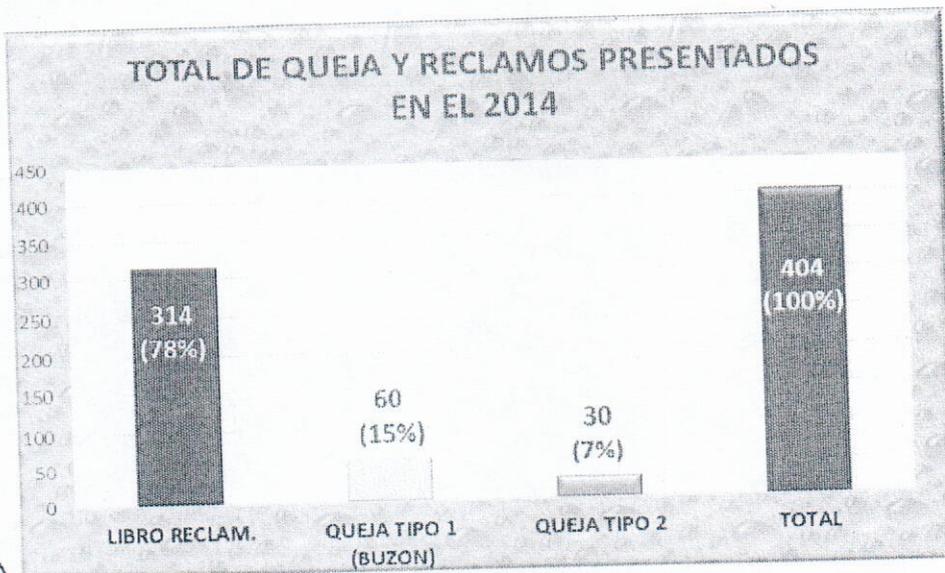
SISTEMA DE ATENCION DE QUEJAS Y RECLAMOS EN EL HONADOMANI SAN BARTOLOME

El Hospital Nacional Docente Madre Niño, tiene implementado un sistema de atención de quejas y reclamos en el marco de la normatividad vigente, el año 2014 actualizo su directiva.



FUENTE: Informe de quejas y reclamos - 2007 - 2014 – Oficina de Gestión de la Calidad

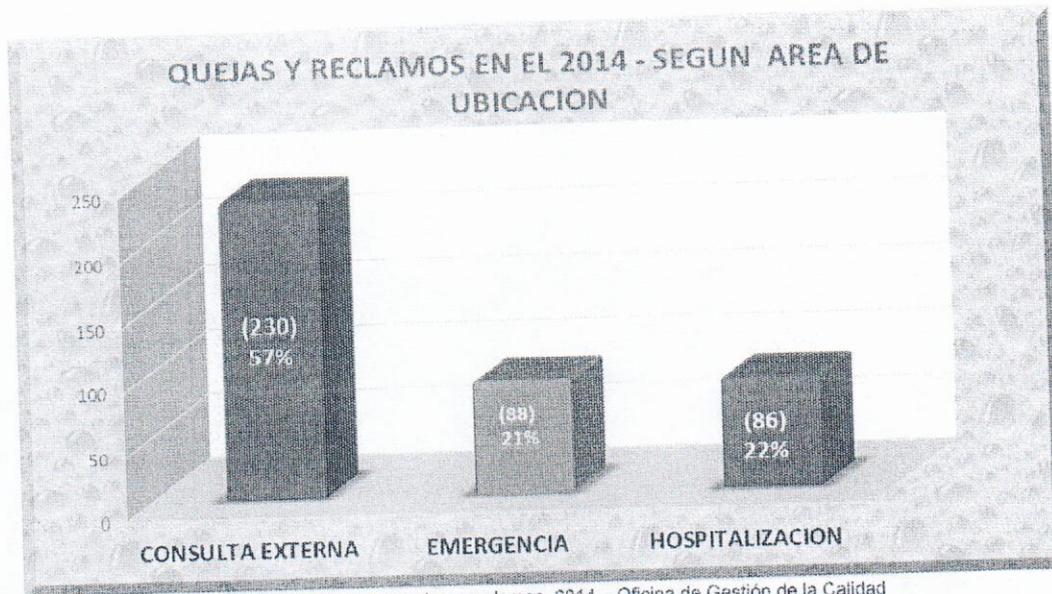
En el presente cuadro podemos apreciar que desde el año 2007 el número de quejas y reclamos se ha ido incrementando hasta llegar a su pico más alto el año 2014 con 404 quejas y reclamos.



FUENTE: Informe de quejas 2014 – Oficina de Gestión de la Calidad



Durante el año 2014, se recibieron un total de 404 quejas, de estas 314 fueron a través del libro de reclamaciones con 78%, quejas tipo 2 fueron 30 con un 7% y la quejas tipo 1 fueron 60 con un 15%.



FUENTE: Informe de quejas y reclamos 2014 – Oficina de Gestión de la Calidad

El mayor número de quejas se produjo en la consulta externa con 57%, seguido por el área de hospitalización y la emergencia con un 22% y 21% respectivamente.

QUEJAS Y RECLAMOS EN EL HONADOMANI SAN BARTOLOME POR DPTOS. Y OFICINAS 2014

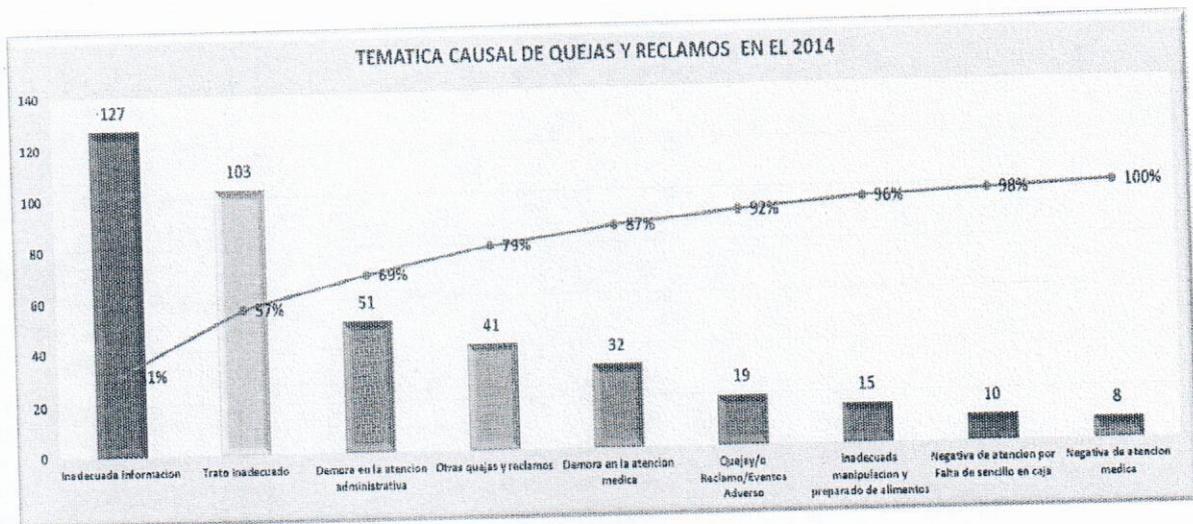
QUEJAS Y RECLAMOS POR UPS	TIPO 1	TIPO 2	LR	TOTAL	%
DPTO. DE GO	10	8	61	79	20
DPTO. DE ENFERMERIA	2	4	42	48	12
OFIC. DE ECONOMIA		1	41	42	10
OFIC. DE ESTADISTICA	12	2	23	37	9
DPTO. DE EMERGENCIA	4	1	28	33	8
VIGILANCIA	6	2	23	31	8
DPTO. AYUDA AL DIAGNOSTICO	2	4	24	30	7
DPTO. DE APOYO AL TTO	15	1	11	27	7
DPTO. DE PEDIATRIA	3	4	16	23	6
DPTO. CIRUGIA PEDIATRICA	1	1	16	18	4
OFIC. DE SEGUROS		1	10	11	3
OFIC. SERVICIOS GENERALES	3		4	7	2
DPTO. DE ANESTESIOLOGIA		1	4	5	1
DPTO. ODONTOESTOMATOLOGIA	1		3	4	1
MESA DE PARTE		2	2	4	1
OFIC. COMUNICACIONES			2	2	1
LIMPIEZA	1			1	1
EXTERNO			1	1	1
DIRECCION GENERAL			1	1	1
TOTAL	60	32	312	404	100

FUENTE: Informe de quejas 2014 – Oficina de Gestión de la Calidad



Apreciamos que el Dpto. que más quejas tiene es el de Gineco-Obstetricia con un 20%, seguido del de Enfermería con 12%, y la oficina con más quejas es la de Economía con un 10%.

QUEJAS Y RECLAMOS EN EL HONADOMANI SAN BARTOLOME POR CAUSAS 2014



FUENTE: Informe de quejas y reclamos 2014 – Oficina de Gestión de la Calidad

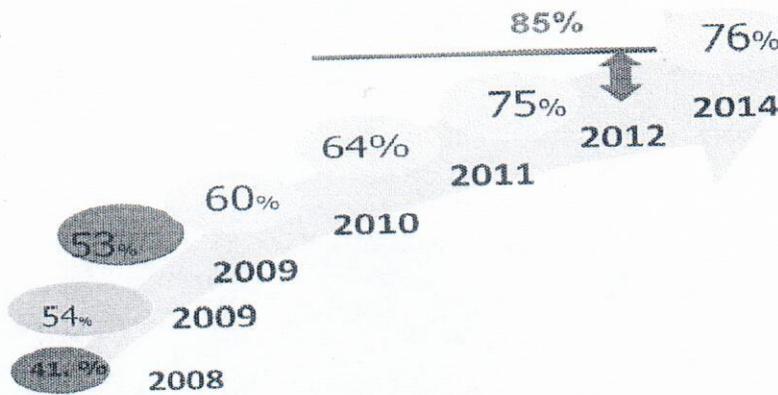
Las principales causas de reclamos fueron por la inadecuada información con 127, trato inadecuado y demora en la atención con 103 y 51 respectivamente.

3.1.4. CALIDAD DE LA ATENCION POR MACROPROCESOS

La articulación de los diversos esfuerzos por mejorar la calidad de la atención en una organización así como la medida en que se ha logrado organizarse para brindar una atención de calidad, se evalúa mediante los estándares de calidad. La evaluación por medio de los estándares de calidad se da en el proceso de la acreditación, La primera fase de la acreditación es la autoevaluación y los resultados de la autoevaluación 2014 alcanzaron el 76%.



TENDENCIA DE LOS RESULTADOS DE LA AUTOEVALUACIÓN 2008 - 2014



FUENTE: monitoreo 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 76% en el año 2014, con una tendencia a mejorar. Como podemos apreciar en el siguiente gráfico.

Resultados de Autoevaluación para la Acreditación por Macroprocesos 2008-2014

MACROPROCESOS GERENCIALES	2008	2009	2009	2010	2011	2012	2014
Gestión de recursos humanos	64,7	58,32	47,09	56,82	54,12	100	94,12
Control de la gestión y prestación	12,3	57,69	82,89	90,49	92,31	100	96,15
Manejo del riesgo de atención	42,8	53,3	65,39	75,82	86,35	87,91	87,36
Direccionamiento	64,7	76,41	82,35	100	79,41	91,18	94,12
Gestión de la calidad	41,4	66,86	54,99	70,73	73,17	73,17	74,20
Gestión de seguridad ante desastres	32,1	28,57	39,39	41,07	44,59	41,07	73,21

MACROPROCESOS PRESTACIONALES	2008	2009	2009	2010	2011	2012	2014
Atención quirúrgica	20,6	39,3	37,23	40,43	49,92	78,72	51,66
Atención de hospitalización	41,5	62,04	51,85	63,39	60,19	78,7	79,63
Atención ambulatoria	42,5	65	52,5	55	52,5	77,5	77,5
Atención de emergencias	53	57,89	57,89	52,93	56,26	60,63	63,16

MACROPROCESOS DE APOYO	2008	2009	2009	2010	2011	2012	2014
Docencia e Investigación	16,1	48,24	33,5	43,9	61,9	100	100
Gestión de insumos y material	65,3	73,08	73,08	88,48	96,15	99,15	100
Gestión de la información	47,3	42,3	71,74	71,74	84,78	81,3	60,87
Gestión de medicamentos	60,3	67,31	59,62	61,54	69,23	84,62	67,31
Referencia y contra referenc.	20,6	59	44,12	25,41	79,41	76,47	59,82
Admisión y alta	25,7	30	38,59	35,73	48,37	61,43	82,86
Manejo del riesgo social	48,4	45,45	77,27	63,64	72,73	69,09	63,64
Gestión de equipos e infraest.	43,1	38,24	25,29	61,76	38,24	58,82	61,76
Manejo de nutrición de paciente	32,2	56,88	26,47	45,12	62,94	52,94	79,41
Apoyo diagnóstico y lto	20,4	22,73	47,73	62,27	65,01	38,34	43,10
Descontaminación							
Limpieza, Desinfección y Esterilización	37,5	38,24	43,1	16,97	27,69	29,31	53,45

Del año 2008 al 2014 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.



unidades, ha permitido mejorar el porcentaje de cumplimiento de los criterios en de la mayoría de macroprocesos.

AUDITORIA DE LA CALIDAD DE ATENCION EN SALUD

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Comité de auditorias instalados con RD (Total)	1	4	4	4	7	7	7
Numero de capacitaciones realizadas	1	1	1	1	1	1	1
Numero de auditorias de registro realizadas	1	1	1	1	1	1	1
Numero de auditorias de proceso realizadas	0	0	0	0	0	1	1
Numero de auditorias de caso solicitadas	3	3	3	10	4	5	7
Numero de auditorias de casos realizadas	3	3	3	7	2	3	6
Porcentaje de recomendaciones implementadas	10%	10%	10%	30%	10%	70%	10%
Porcentaje de proyectos de mejora implementados de los informes de auditoria	0	0	0	0	0	0	0

En ella apreciamos que se ha mejorado el numero de auditorias, paulatinamente, pero quedan pendiente de años anteriores. Pero el aspecto mas importante es el porcentaje de recomendaciones es muy bajo a lo largo de los años, que generalmente el 10%, como en el año 2014.

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. Mejorar macro procesos Hospitalarios para lograr aprobar la Autoevaluación y con fines de Acreditación
2. Mejorar los procesos de atención a los usuarios de nuestra institución 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. Mejorar la Seguridad de la atención de nuestros usuarios con énfasis en la vigilancia y control de los incidentes de Seguridad.
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 en la consulta, hospitalización y emergencia

- a) Mejoramiento de procesos priorizados
- b) Medición de la satisfacción de los usuarios
- c) Medición de tiempos de espera
- d) Sistema de quejas y sugerencias

OBJETIVO ESPECIFICO 3: 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) Vigilancia de Incidentes de seguridad
- c) Intervenciones ante eventos adversos.
- d) Rondas de Seguridad

OBJETIVO ESPECIFICO 4: 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)



