

COPIA FIEL DEL ORIGINAL

PERU Ministerio de Salud Instituto de Gestión de Servicios de Salud Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé"

N° 039 -DG-HONADOMANI-SB-2017



Resolución Directoral

Lima, 24 de Enero de 2017

Visto, el Expediente N° 18962-16;

CONSIDERANDO:

Que, conforme a lo dispuesto en la Ley N° 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 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, mediante Oficio Circular N° 326-2016-J/IGSS, el Jefe Institucional del Instituto de Gestión de Servicios de Salud remite a las unidades ejecutoras los criterios de Programación de Gestión de la Gestión de la Calidad y Derechos de las Personas para el año 2017, los cuales deberán ser incluidos en el Plan de Gestión de la Calidad correspondiente al año 2017 el mismo que dispone sea remitido con la respectiva aprobación mediante Resolución Directoral;

Que, con Nota Informativa N° 017-2017-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 2017, para su aprobación con Resolución Directoral y oficialización;

Que, la finalidad que el Hospital cuente con un "Plan de Gestión de la Calidad 2017" responde a la finalidad de contribuir al logro de los objetivos estratégicos institucionales de calidad, establecidos en el Sistema de Gestión de la Calidad y en los documentos de gestión de la entidad;

Que, 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 N° 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, con Informe Técnico N° 011-2017-CMI-DA-HONADOMANI.SB, la Coordinadora de Monitoreo Institucional informa al Director Adjunto que, el "DOCUMENTO TECNICO: Plan de Gestión de la Calidad 2017", se encuentra adecuado en estructura y forma, y cuenta con opinión favorable por cumplir los criterios establecidos según normatividad vigente;

Que, mediante Nota Informativa N° 019.2017.DA.HONADOMANI.SB.IGSS, el Director Adjunto solicita se proyecte la Resolución Directoral que aprueba el Documento Técnico "Plan de Gestión de la Calidad 2017";

HONADOMANI "SAN BARTOLOME"	
SECRETARIA	
OFICINA DE GESTION DE LA CALIDAD	
26 ENE. 2017	
RECEPCION	
Hora: 09:00	Firma: [Firma]



COPIA FIEL DEL ORIGINAL

de la Calidad – 2017, el cual también cuenta con opinión favorable de la Coordinadora Técnica de Monitoreo Institucional;

Con las visaciones de la Dirección Adjunta y de la Oficina de Asesoría Jurídica;

En uso de las facultades y atribuciones conferidas al Director General mediante Resolución Jefatural N°157-2016/IGSS, de fecha 11 de Marzo de 2016, y el artículo 11°, inciso c) del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé", aprobado por la Resolución Ministerial N° 884-2003-SA/DM;

SE RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO.- Aprobar el Documento Técnico: "**Plan de Gestión de la Calidad 2017**" del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé", el cual consta de Treinta y Tres (33) folios, que debidamente visado forma parte integrante de la presente Resolución.

ARTÍCULO SEGUNDO.- Disponer que la Oficina de Gestión de la Calidad implemente las acciones conducentes a la ejecución del Plan de Gestión de la Calidad, según programación correspondiente al año 2017.

ARTÍCULO TERCERO.- Disponer que la Oficina de Estadística e Informática publiquen la presente Resolución 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. EDGARDO W. VÁSQUEZ PÉREZ
Director General
C.E.S. 10635 RNE: 5307

EWVP/JCVO
c.c.

- DA
- OEA
- OEPE
- OGC
- OEySA
- OAJ
- OEI
- Archivo

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

SR. RODOLFO MELOHOR ANICAMA GÓMEZ
FEDATARIO

Reg. N° Fecha. **24 ENE. 2017**

**HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE
NIÑO SAN BARTOLOME**

**OFICINA DE GESTION DE LA
CALIDAD**



**DOCUMENTO TECNICO:
“PLAN DE GESTION
DE LA CALIDAD 2017
HONADOMANI SAN
BARTOLOME”**



Enero - 2017

Dr. Edgardo Vásquez Pérez

Director General

Dr. David Cornejo Falcón

Director Adjunto

Dr. Edson Valdivia Vera

Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad

Equipo Técnico de la Oficina de Gestión de la Calidad

Dr. Augusto Díaz Falcón

Dra. Mery Aranda Alberto

Lic. Flor de María Huamán Astocondor

Lic. Jackeline Macassi Meza

Lic. Gloria Asmat Bautista

Abog. Adolfo Philippon Chang

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	9
VII. Objetivo General	22
VIII. Ejes de Trabajo y Objetivos Estratégicos (Específicos)	23
IX. Programación de Actividades por Objetivo Estratégico	24
X. Actividades Trazadoras	28
XI. Responsabilidades	29
XII. Anexos – Matriz de Criterios de Programación	30



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, 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"*.

En el marco de los objetivos señalados la Oficina de Gestión de la Calidad se ha planteado en el presente año 2017, 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 permita tener usuarios satisfechos con el servicio recibido.

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 los principales ejes de trabajo comprendidos en el sistema de gestión de la calidad: *la seguridad del paciente, la auditoría de la calidad, la acreditación, el desarrollo de proyectos de mejora de la calidad y el sistema de reclamos y sugerencias, fomentando la Promoción y Protección de los Derechos de los Usuarios a través de la Plataforma de Atención al usuario.*



II. FINALIDAD

Contribuir al logro de los objetivos estratégicos institucionales de calidad, establecidos en el Sistema de Gestión de la Calidad y 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 Ministerial N° 502-2016/MINSA, que aprueba la "NTS N° 029 MINSA/DIGEPRES-V.02, Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud".
- 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
- Decreto Supremo N° 027-2015-SA.- Reglamento de la Ley 29414 Ley que establece el derecho de las personas usuarias de los Servicios 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.

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 sus referentes a nivel de las instancias superiores y el ente rector.

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

Unidad 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.

Unidad 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.

Unidad 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.

UNIDADES DE LA OFICINA DE GESTION DE LA CALIDAD



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.

Auditoria de la calidad de atención

Anualmente el hospital formula y aprueba el Plan de Auditoria de la Calidad de Atención en Salud mediante una Resolución Directoral, para el presente año el plan de auditoría se formulará en el marco de la nueva norma de auditoría: "NTS N° 029 MINSA/DIGEPRES-V.02, Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud".

Para el cumplimiento del plan de auditoría se han conformado 2 comités: un comité de auditoría médica y el comité de auditoría en salud, se cuenta con auditores que son profesionales de la salud capacitados con un mínimo de 60 horas académicas; sin embargo, será necesario fortalecer el funcionamiento de los comités de auditoría.

Acreditación de establecimientos

El hospital ha llevado a cabo nueve 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 ocho 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 70%.

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 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 (PMC) 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 externo 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 de la implementación de la Plataforma de Atención al usuario y del sistema de atención de reclamos y sugerencias. 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°030-2016-SA que establece la obligación de las Entidades del Sector Público de contar con un Libro de Reclamaciones.



Medición del tiempo de espera

La Oficina de Gestión de la Calidad regularmente realiza una medición anual del tiempo de espera en consulta externa y emergencia.

VI. DIAGNOSTICO SITUACIONAL

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

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:

1.1 MEDICIÓN DE LA SATISFACCION DEL USUARIO EXTERNO EN HOSPITALIZACION 2016

Cuadro N° 1
INSATISFACCION GENERAL DEL USUARIO EXTERNO EN HOSPITALIZACION
COMPARATIVO 2014 AL 2016 – HONADOMANI "SAN BARTOLOMÉ"

PREGUNTAS	2014		2015		2016	
	TOTAL	N°	TOTAL	N°	N°	%
P1 Visita médica diaria	108	38.13	215	39.45	29	8.45
P2 Explicación brindada por el médico sobre evolución del problema de salud por el cual permanece hospitalizado.	137	34.6	207	37.98	37	10.79
P3 Comprensión de la explicación que el médico brindó sobre los medicamentos que recibió durante su hospitalización.	141	37.9	201	36.88	35	10.23
P4 Comprensión de la explicación que el médico brindó sobre los resultados de análisis de laboratorio que se realizó durante su hospitalización.	163	43.47	214	39.27	41	11.95
P5 Comprensión de la explicación que el médico brindó sobre los medicamentos y los cuidados para la salud en casa.	71	30.34	204	37.43	39	11.37
P6 Rapidez de los trámites para hospitalización.	150	38.55	264	48.44	36	10.50
P7 Rapidez de realización de análisis de laboratorio solicitados.	133	35.34	207	37.98	37	10.79
P8 Rapidez de realización de exámenes radiológicos.	118	40.27	189	34.68	36	10.53
P9 Rapidez de trámites de alta.	52	53.06	268	49.17	36	10.56
P10 Interés del médico para mejorar o solucionar su problema de salud.	135	34.33	209	38.35	39	11.37
P11 Entrega de alimentos a temperatura adecuada y de manera higiénica.	115	28.49	208	38.17	25	7.31
P12 Mejora o resolución del problema de salud por el cual se hospitalizó.	136	34.96	172	31.56	33	9.62
P13 Respeto a su privacidad durante la hospitalización.	155	38.14	231	42.39	43	12.54
P14 Trato amable, respetuoso y con paciencia del personal obstetra/enfermería.	140	35.09	242	44.40	43	12.54
P15 Trato del médico amable, respetuoso y con paciencia.	106	26.5	190	34.86	40	11.66
P16 Trato amable, respetuoso y con paciencia del personal de nutrición.	92	29.11	205	37.61	39	11.37
P17 Trato amable, respetuoso y con paciencia del personal encargado de los trámites de admisión o alta.	114	34.85	228	41.83	39	11.37
P18 Personal de enfermería mostró interés en solucionar cualquier problema durante su hospitalización.	167	41.85	204	37.43	38	11.08
P19 Ambientes del servicio cómodos y limpios.	149	37.34	223	40.92	37	10.79
P20 Servicios higiénicos para uso de los pacientes se encuentran limpios.	172	43.32	250	45.87	36	10.50
P21 Equipos disponibles, contar con materiales necesarios para la atención.	156	39.1	206	37.80	38	11.08
P22 Ropa de cama, colchón y frazadas sean adecuadas.	133	33.33	228	41.83	36	10.53
TOTAL	38		32		11	

Fuente: Oficina de Gestión de la Calidad. HSB

Se observa que el **promedio general** de encuestados que mostraron insatisfacción en el año 2014 fue del 36%, en el año 2015 fue de 36% y en el año 2016 fue de 11%, observándose una mejora considerable, los resultados han pasado de nivel "en proceso"

a nivel "aceptable". (trámites sean rápidos para hospitalización y alta, respeto de privacidad, trato amable del personal de enfermería/obstetra y médico, trato del personal encargado de trámites de admisión o alta, ambientes de servicios cómodos y limpios, servicios higiénicos para el uso de pacientes se encuentren limpios, ropa de cama sean adecuados). En general, la insatisfacción de los usuarios externos de los servicios de hospitalización ha disminuido notablemente.

Con relación a la insatisfacción según las dimensiones encontramos:

Cuadro N° 2
Comparativo de Insatisfacción por Dimensiones
Años 2015 – 2016

Dimensiones	Insatisfacción (-)	
	2015	2016
FIABILIDAD	38.2	10.56
CAPACIDAD DE RESPUESTA	42.57	10.59
SEGURIDAD	37.61	10.21
EMPATIA	39.23	11.6
ASPECTOS TANGIBLES	41.6	10.72
ACREDITACIÓN	41.59	10.42
TOTAL		
DIMENSIONES	39.96	10.73

Fuente: Oficina de Gestión de la Calidad. HSB

Se observa que el promedio general de encuestados según Dimensiones que mostraron insatisfacción en el año 2016 todos disminuyeron respecto del 2015 a "aceptable". Según **dimensiones** de la calidad valoradas se encontró **mayor satisfacción en Seguridad con 89.8%**.

1.2 MEDICIÓN DE LA SATISFACCION DEL USUARIO EXTERNO EN EMERGENCIA

Cuadro N° 3
INSATISFACCION GENERAL DEL USUARIO EXTERNO EN EMERGENCIA
COMPARATIVO 2015 - 2016 – HONADOMANI "SAN BARTOLOMÉ"

Preguntas/ Dimensiones	2015	2016
P1 Atención inmediata a su llegada a emergencia, sin importar su condición socioeconómica.	58.33	47.62
P2 Atención de emergencia se realice considerando la gravedad de salud del paciente.	49.55	51.43
P3 Atención en emergencia a cargo de un médico.	45.50	40.00
P4 El médico que lo atendió mantuvo suficiente comunicación con usted o familiares para explicarles el seguimiento de su problema de salud.	47.97	42.86
P5 Farmacia de emergencia cuenta con los medicamentos que receta el médico.	52.25	62.86
P6 Atención rápida en caja o módulo de admisión.	62.39	47.62
P7 Atención rápida en laboratorio de emergencia.	43.24	40.95
P8 Atención rápida para exámenes radiológicos.	35.59	32.38
P9 Atención rápida en farmacia de emergencia.	49.10	67.62
P10 Médico le brindó tiempo necesario para contestar dudas o preguntas sobre su tema de salud.	51.13	37.14
P11 Respeto de privacidad durante su atención por emergencia.	54.28	46.67
P12 Médico realizó examen físico completo y minucioso por el problema de salud por el cual fue atendido.	48.65	39.05
P13 El problema de salud por el cual se atendió se mejoró.	45.05	38.10
P14 Trato amable, respeto y paciencia por personal de emergencia.	51.35	48.57
P15 Personal de emergencia mostró interés para solucionar cualquier problema que se presentó durante su atención.	51.58	47.62
P16 Comprensión de la explicación que el médico le brindó sobre el problema de salud o resultado de la atención.	47.30	41.90
P17 Comprensión de la explicación que el médico le brindó sobre procedimientos o análisis realizado.	43.69	39.05
P18 Comprensión de la explicación que el médico le brindó sobre el tratamiento que recibió: tipo de medicamentos, dosis y efectos adversos.	44.82	44.76
P19 Carteles, letreros y flechas del servicio de emergencia le parecen adecuados para orientar a los pacientes.	50.90	45.71
P20 Emergencia cuenta con personal para informar y orientar a los pacientes.	51.35	48.57
P21 Emergencia cuenta con equipos y materiales necesarios para su atención.	46.17	35.24
P22 Ambientes del servicio de emergencia estuvieron limpios y cómodos.	52.93	38.10
P23 Entrega oportuna los resultados de los exámenes realizados.	50.23	42.86
P24 En general, atención de emergencia sea de CALIDAD.	61.04	64.76
% Total	49.77	45.48

Fuente: Oficina de Gestión de la Calidad. HSB

Se observa que la insatisfacción en general en los usuarios en el año 2016 se encontró en 45.48% en comparación al año 2015 que fue de 49.77%, asimismo se observó un incremento de la insatisfacción en 10.61% en relación a que "farmacia cuente con los medicamentos que receta el médico" (P5); en 18.52% en relación a que "la atención en farmacia sea rápida" (P9) y en 3.72% respecto que "la atención en general sea de Calidad" (P24). De los 24 ítems evaluados 14 se encontraron en el rango de "en proceso", 03 "por mejorar" y 07 en el nivel de "aceptable".

Con relación a la Insatisfacción por Dimensiones apreciamos en el siguiente cuadro:

Cuadro N° 4
Comparativo de Insatisfacción por Dimensiones
Años 2015 – 2016

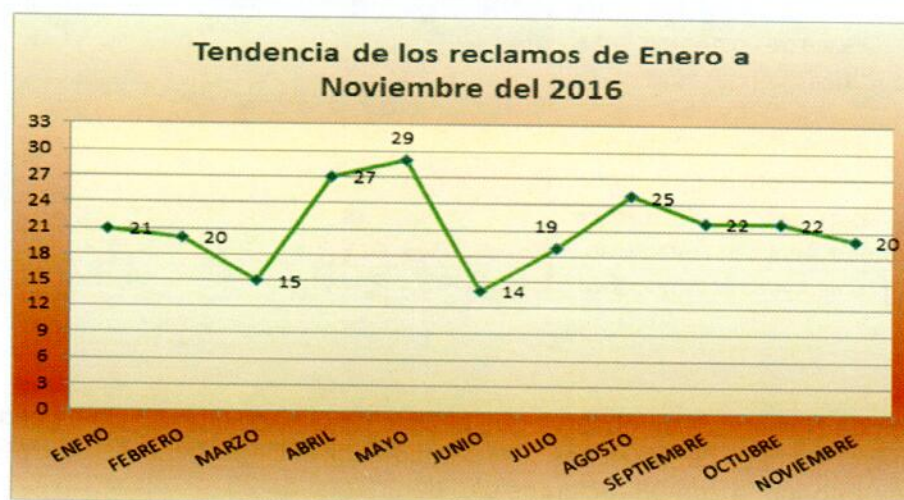
Dimensiones	2015	2016
FIABILIDAD (P1 - P5)	50.72	48.95
CAPACIDAD DE RESPUESTA (P6 - P9)	47.58	47.14
SEGURIDAD (P10 - P13)	49.77	40.24
EMPATIA (P14 - P18)	47.7	44.4
ASPECTOS TANGIBLES (P19 - P22)	50.34	41.90
ACREDITACIÓN (P23 - P24)	55.63	53.81
TOTAL DIMENSIONES	49.77	45.48

Fuente: Oficina de Gestión de la Calidad. HSB

Se observa que en todas las dimensiones los niveles de insatisfacción percibida por los usuarios en general han disminuido con respecto a la medición del año 2015, destacándose las dimensiones de seguridad y aspectos tangibles, aunque aún con niveles de satisfacción por debajo de lo esperado.

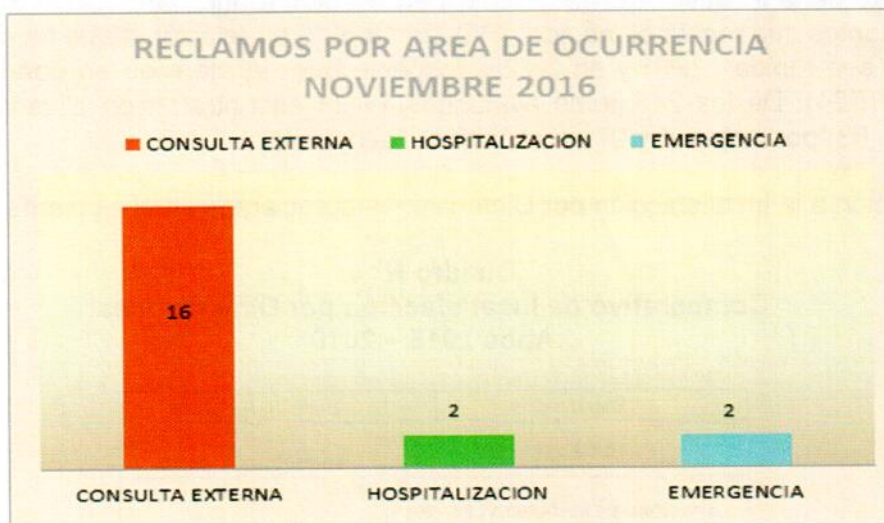
1.4 ATENCION DE RECLAMOS - LIBRO DE RECLAMACIONES NOVIEMBRE 2016

Grafico N° 1
TENDENCIA DE LOS RECLAMOS DE ENERO a NOVIEMBRE DEL 2016



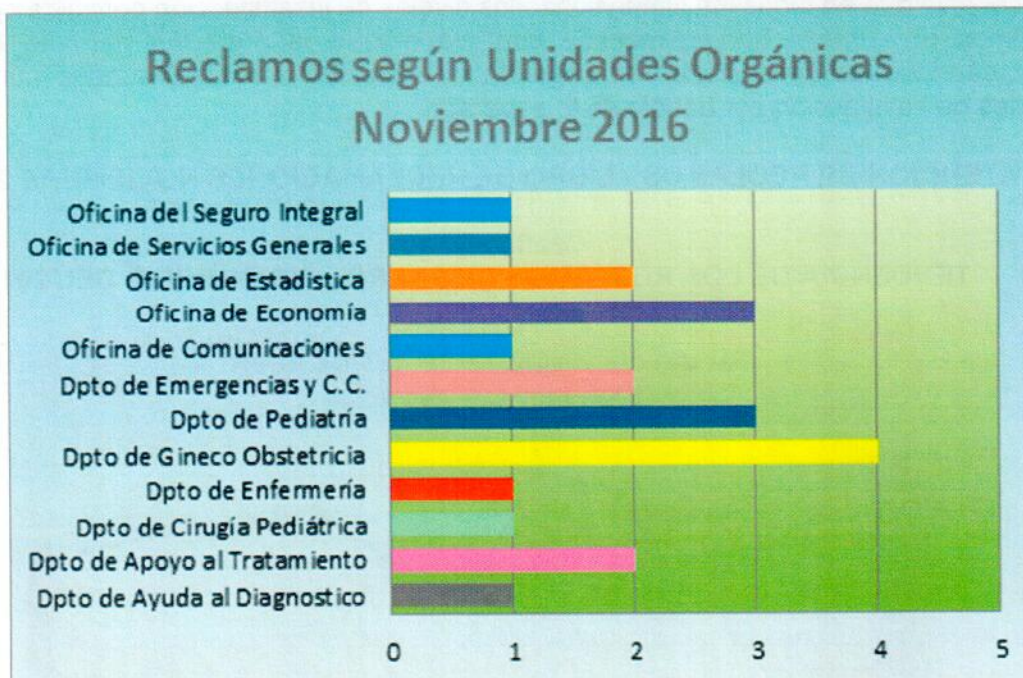
Se observa que en el mes de Noviembre hubo decremento de los reclamos respecto al mes de octubre (22r) y septiembre (22r) del mismo año.

Grafico N° 2
TOTAL RECLAMOS SEGÚN SU AREA INVOLUCRADA – NOVIEMBRE 2016



Se observa que de los 20 reclamos presentados en este mes la consulta externa es la que genero el mayor número de reclamos con el 80% (16r) del total de reclamaciones, seguido por el área de Hospitalización y Emergencia con 02 reclamos cada una y que suman el 20% del total de reclamos.

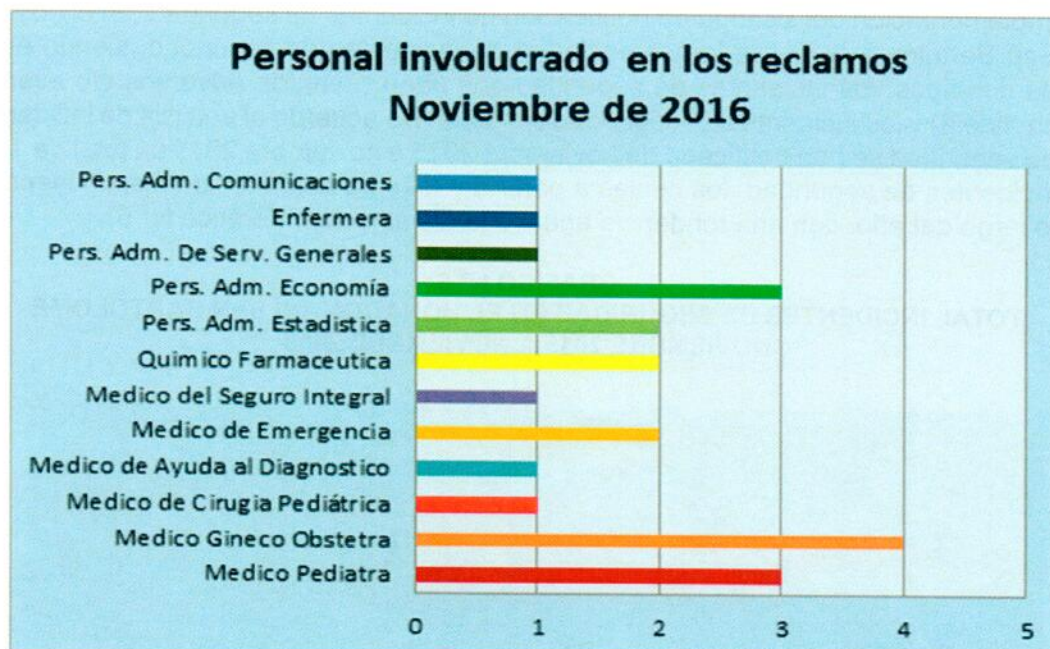
Grafico N° 3
TOTAL DE RECLAMOS PRESENTADOS SEGÚN UNIDADES ORGANICAS INVOLUCRADAS



En el mes de Noviembre se observa que el Dpto de Gineco Obstetricia es el que cuenta con el mayor número de reclamos (04) seguido por el Departamento de Pediatría y la Oficina de Economía con 03 reclamos c/u, de un total de 20

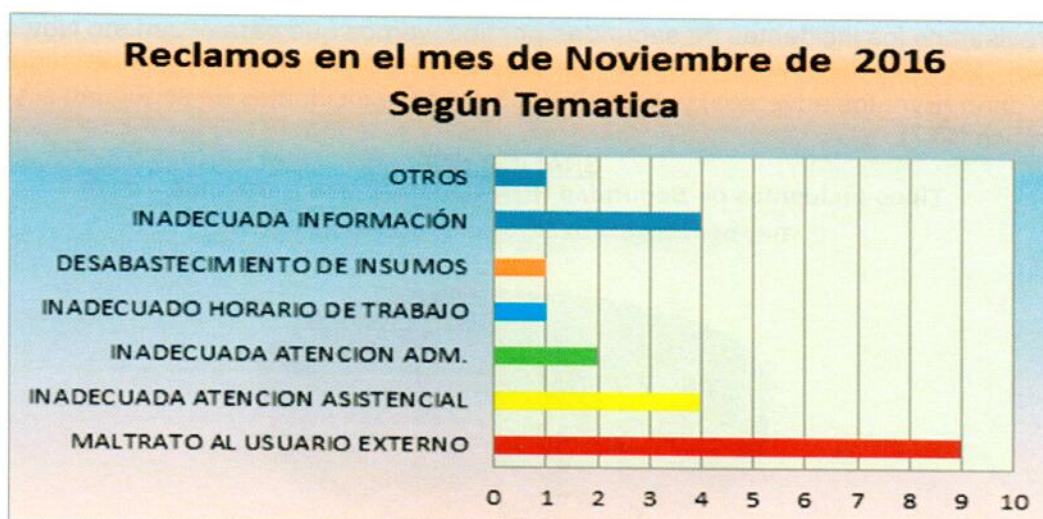
Con relación al tipo de personal involucrado apreciamos el siguiente cuadro

Gráfico N° 4
PERSONAL DE SALUD INVOLUCRADO EN LOS RECLAMOS PRESENTADOS – NOVIEMBRE 2016



Se observa que del 100% de los reclamos presentados (20r), el personal más involucrado en las reclamaciones con 04 reclamos han sido los Médicos Gineco Obstetras con 04 reclamos y los Médicos Pediatras y el personal administrativo de economía con 03 reclamos c/u.

Grafico N° 5
TOTAL DE RECLAMOS SEGÚN TEMATICA – NOVIEMBRE 2016

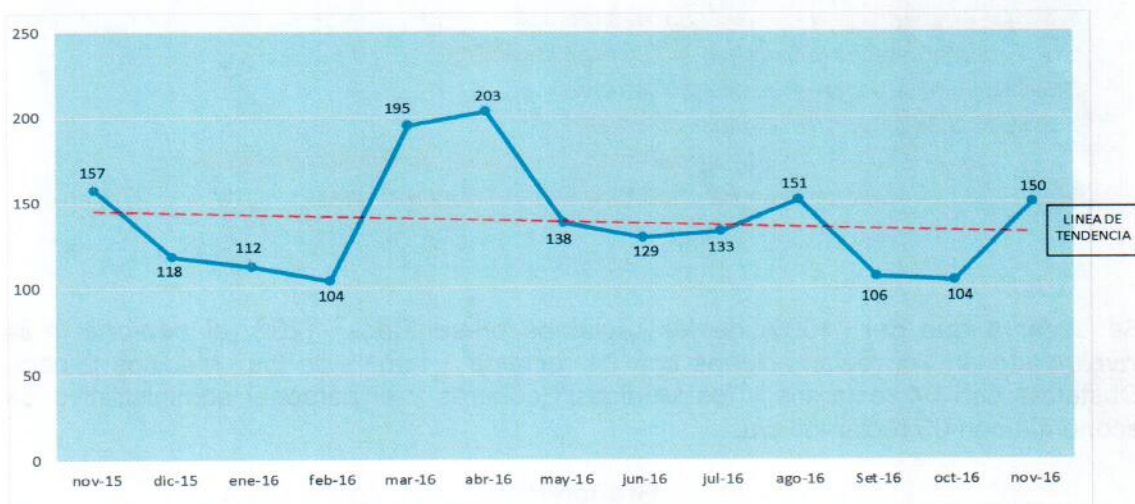


Se observa que el Maltrato al Usuario externo ha sido la Temática más reclamada en el mes de Noviembre con 45% del total de reclamos seguido de la Inadecuada Información con y la inadecuada atención asistencial con 20% c/u, siendo los otros indicadores los que suman 15%.

2.- SISTEMA DE IDENTIFICACIÓN Y NOTIFICACION DE INCIDENTES DE SEGURIDAD 2016

Desde julio del año 2014 en el marco de la Resolución Directoral N° 0310-DG-HONADFOMANI-SB/2014 que aprobó la Directiva Sanitaria N° 001 para la implementación del sistema de notificación de incidentes de seguridad, en el hospital San Bartolomé se utiliza la nomenclatura de incidentes de seguridad, siendo estos de dos tipos: los incidentes de seguridad con daño (Eventos Adversos y/o eventos centinela) y los incidentes de seguridad sin daño. De acuerdo al análisis de incidentes de seguridad se han notificado de noviembre 2015 a noviembre 2016 un total de 1800 incidentes de seguridad, los cuales a partir del mes de abril han ido disminuyendo a lo largo del año, con una tendencia anual a la disminución. (Gráfico N° 6).

GRAFICO N° 6
TOTAL INCIDENTES DE SEGURIDAD EN EL HONADOMANI SAN BARTOLOME
NOVIEMBRE 2015 A NOVIEMBRE 2016

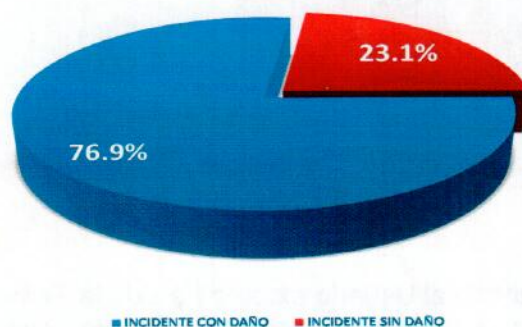


Fuente: Unidad de Seguridad del Paciente – OGC

Si revisamos los incidentes de seguridad por tipo, vemos que para el periodo Nov. 2015 a Nov. 2016, el 76.9% (1174 casos) de ellos corresponden a incidentes de seguridad con daño (Eventos adversos) y el 23.1% (353 casos) a incidentes de seguridad sin daño (Gráfico N° 7).

GRÁFICO N° 7
Tipos Incidentes de Seguridad HONADOMANI San Bartolomé – 2016

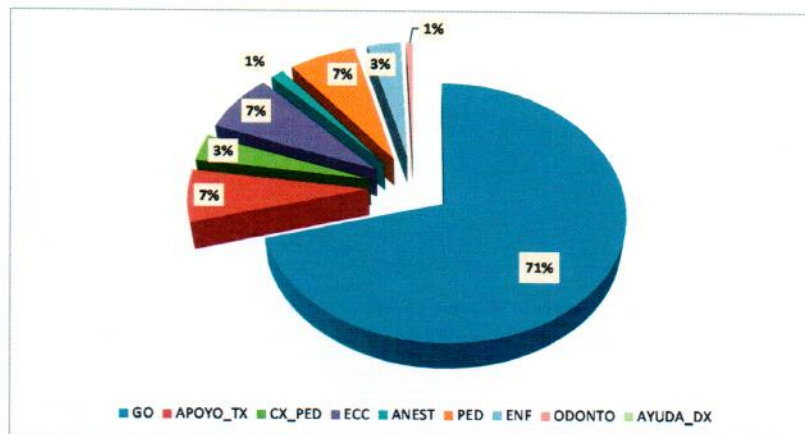
TIPO DE INCIDENTE DE SEGURIDAD: HONADOMANI- SB



Fuente: Unidad de Seguridad del Paciente – OGC

En la distribución porcentual de Incidentes de Seguridad presentados por departamentos en el mes de noviembre 2016, observamos que los departamentos que más reportaron IS fueron el Dpto. de Ginecología y Obstetricia con un 71% (106 casos), seguido del Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos (11 casos), Apoyo al Tratamiento (10 casos), y Pediatría (10 casos), con 7% cada uno de ellos. (Gráfico N° 8).

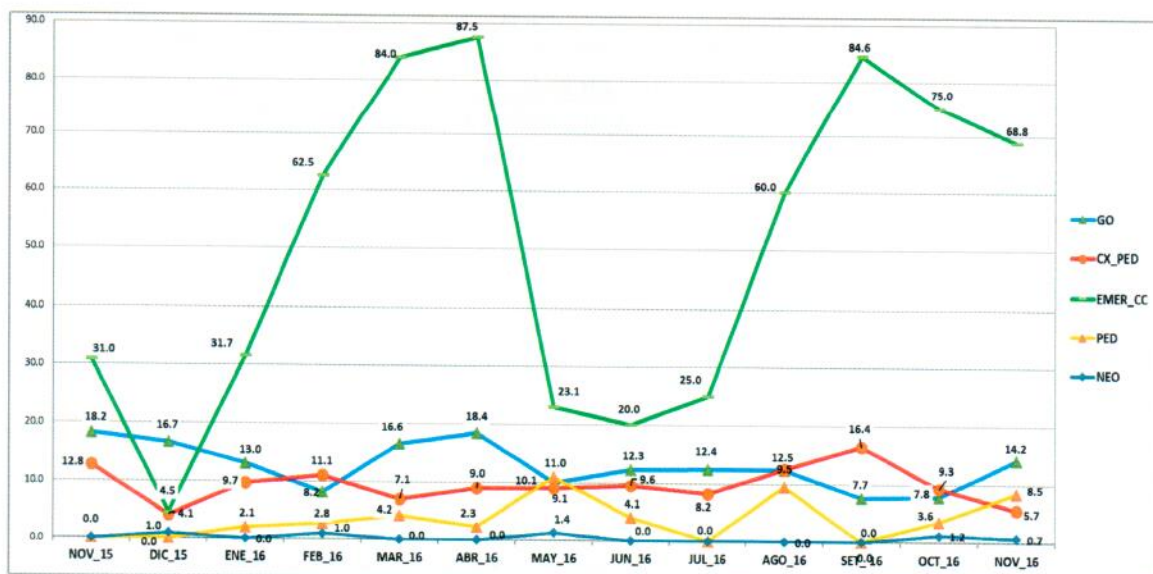
GRAFICO N° 8
Incidentes de Seguridad del Paciente por Departamentos Nov. – 2016



Fuente: Unidad de Seguridad del Paciente – OGC

Para el mes de noviembre 2016, se observa que el Departamento de Emergencias y Cuidados Críticos presenta el porcentaje más alto de Incidentes de Seguridad en relación a sus ingresos con un 68.8%; en segundo lugar el Departamento de Ginecología Obstetricia con 14.2 % y el Servicio de Pediatría con 8.5%, el Departamento de Cirugía Pediátrica con 5.7% y el Servicio de Neonatología con 0.7%. (Gráfico N°9)

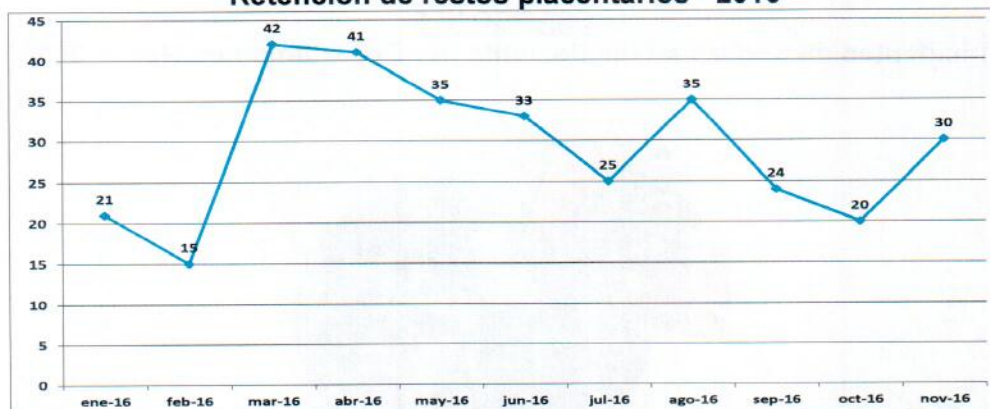
GRAFICO N° 9
Porcentaje de Incidentes de Seguridad de Pacientes por Ingresos Hospitalarios HONADOMANI SB - 2016



Fuente: Unidad de Seguridad del Paciente – OGC

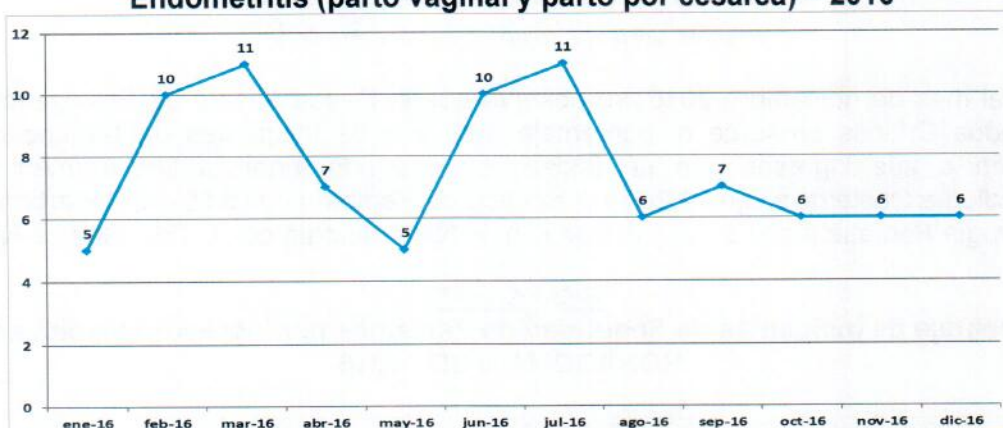
En relación a los eventos adversos más frecuentes en el año 2016, fueron la retención de restos placentarios en cavidad uterina con un total de 321 casos (enero a noviembre) (gráfico N° 10), seguido de endometritis con 90 casos (enero a diciembre) (gráfico N° 11) y las infecciones de sitio operatorio en cesárea con 71 casos (enero a diciembre) (gráfico N° 12).

GRAFICO N° 10
Retención de restos placentarios - 2016



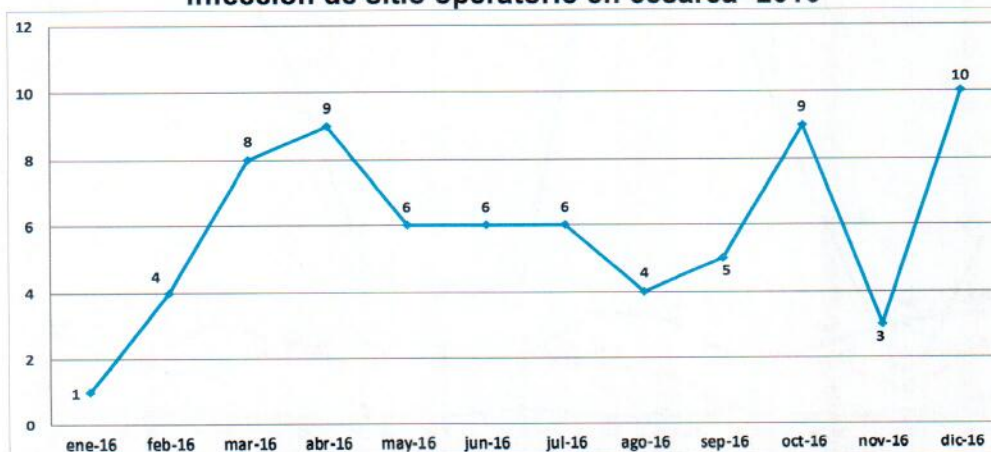
Fuente: Sistema de Identificación y Notificación de Incidentes de Seguridad-Unidad Seguridad del Paciente-OGC

GRAFICO N° 11
Endometritis (parto vaginal y parto por cesárea) – 2016



Fuente: Informe del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la IAAS 2016-HONADOMANI SB

GRAFICO N° 12
Infección de sitio operatorio en cesárea- 2016



Fuente: Informe del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la IAAS 2016-HONADOMANI SB

El incidente de seguridad sin daño más frecuente en el año 2016 (enero a noviembre) fue los reingresos menores de 7 días con un total de 149 casos (Gráfico N° 13)

GRAFICO N° 13
Reingresos menores de 7 días - Hospital Nacional Docente San Bartolomé 2016

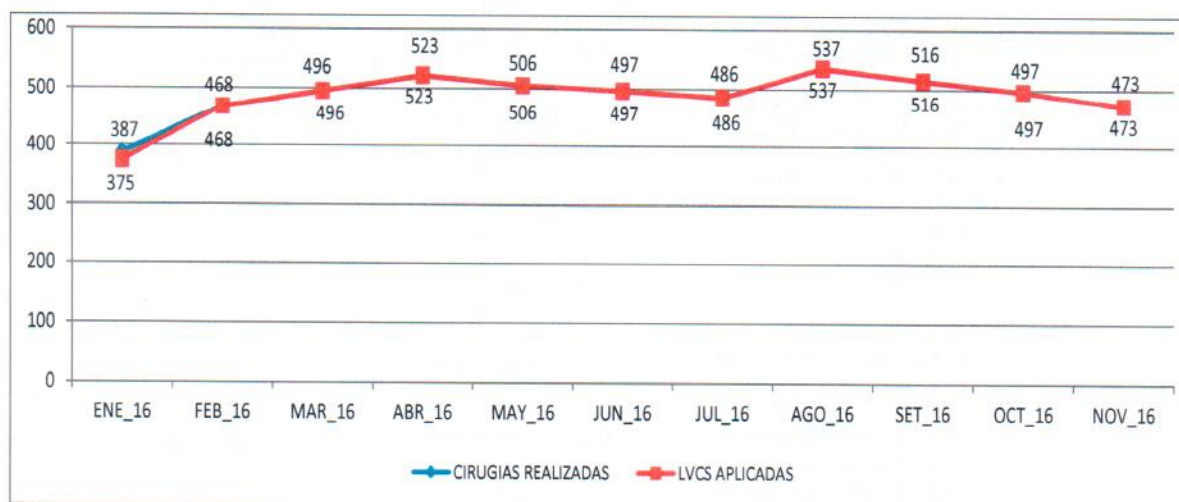


Fuente: Sistema de Identificación y Notificación de Incidentes de Seguridad-Unidad Seguridad del Paciente-OGC

3.-LISTA DE VERIFICACION DE LA CIRUGÍA SEGURA.

De la evaluación de la aplicación de la lista de verificación de la cirugía segura durante el año 2016 (enero a noviembre), se evidencia que se realizaron un total de 5,386 cirugías, habiéndose aplicado un total de 5,374 listas de verificación de cirugía segura, lo que representa una aplicación en solo el 99.8% del total de cirugías realizadas durante el período (Gráfico N° 14 y Gráfico N° 15)

GRAFICO N° 14
Lista de Verificación de Cirugía Segura Aplicadas Vs Cirugías Realizadas - 2016



Fuente: Unidad de Seguridad del Paciente – OGC



GRAFICO N° 15
Porcentaje de Aplicación de la Lista de Verificación de Cirugía Segura – 2016



Fuente: Unidad de Seguridad del Paciente – OGC

4.- INDICADORES DE SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN DEL PARTO.

La Oficina de Gestión de la Calidad en el año 2016 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 el cuadro N° 5, se muestra los valores de los indicadores antes referidos, comparados con sus estándares correspondientes y su evolución en los últimos cuatro años.

CUADRO N° 5
PROMEDIO ANUAL DE LOS INDICADORES DE SEGURIDAD DEL PARTO – 2013-2016

Indicador	2013	2014	2015	2016	Estándar - Fuente
ENDOMETRITIS POR PARTO VAGINAL casos x 100 partos vaginales	0.9	0.9	0.6	0.5	0.32 (promedio nacional Hospitales III-1)
ENDOMETRITIS POR PARTO POR CESAREA casos x100 cesáreas	3.5	2.9	3.9	2.7	0.88 (promedio nacional Hospitales III-1)
DESGARRO PERINEAL III/IV GRADO casos x 100 partos vaginales	1.03	0.5	0.47	0.73	0.52 (promedio Institucional)
FRACTURA DE CLAVICULA NEONATAL casos x 100 partos vaginales	-	3.19	2.15	1.66	3.18 (promedio Institucional)
EPISIOTOMIA EN PARTO VAGINAL casos x 100 partos vaginales	44.45	43.65	43.89	40.61	25 (estándar Internacional)
INFECCION DE SITIO OPERATORIO EN PACIENTES POSTCESAREA casos x 100 cesáreas	2.38	1.56	3.3	2.9	1.5 (promedio nacional Hospitales III-1)
TASA DE INGRESO A UCCM casos x 1000 gestantes	2.56	4.80	4.18	4.94	3.12 (promedio Institucional)
RECIEN NACIDOS CON APGAR 5 MINUTOS MENOR de 7 nv x 100 partos	0.54	0.50	0.9	0.64	0.6 (promedio Institucional)
TRANSFUSIONES (Mayor de 1 unidad) casos x 100 transfusiones en gestantes	3.88	3.20	2.63	2.65	2.5 (promedio Institucional)

Fuente: Informe del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la IAAS 2016-HONADOMANI SB, Reporte de eventos adversos de GO, SIP, Servicio de UCCM.

De los 9 indicadores que se evalúan y monitorean mes a mes, apreciamos que en el año 2016, solo un indicador se mantuvo dentro de los estándares (fractura de clavícula neonatal), algunos indicadores triplican su valor en relación al estándar, como es el caso de la endometritis en parto por cesárea (Cuadro N°6).

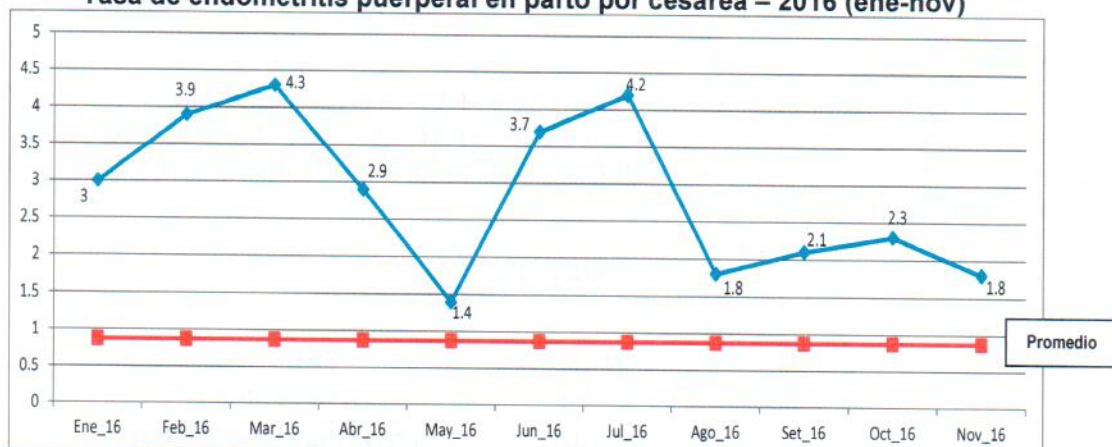
CUADRO N° 6
SEMAFORIZACIÓN DE LOS INDICADORES DE SEGURIDAD DEL PARTO - 2016

EP en PV	EP en PC	Desgarro III - IV	Episiotomía	Fractura Clavícula	UCI	Transfusión	ISO	Apgar <7 a 5
	x 3							

Los indicadores que están en relación al control de las infecciones intrahospitalarias son los que en el 2015 no han disminuido, por el contrario a lo largo del período se han mantenido en valores muy altos alcanzando cifras que incluso han triplicado el valor estándar, como la endometritis en parto por cesárea, la endometritis por parto vaginal y las infecciones de sitio operatorio post-cesárea; en los gráficos N° 16, N° 17 y N° 18, se muestra su comportamiento mensual durante el año 2016.

GRAFICO N° 16

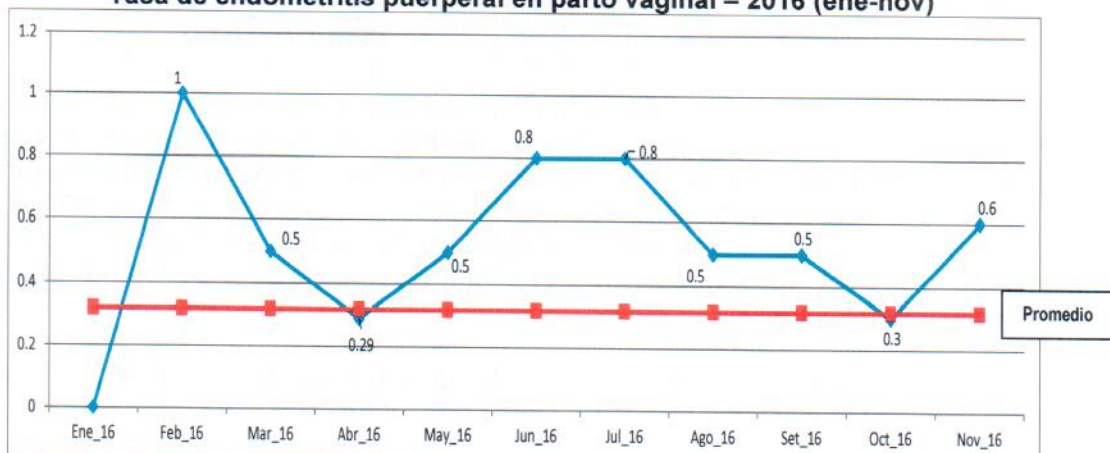
Tasa de endometritis puerperal en parto por cesárea – 2016 (ene-nov)



Leyenda: En azul = Tasa de endometritis por Cesárea HONADOMANI SB.
En rojo: Promedio nacional para nivel III-1 (0.88). (Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica en Salud Pública – DGE – MINSA – 2015). Fuente: Informe del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la IAAS 2016- HONADOMANI SB

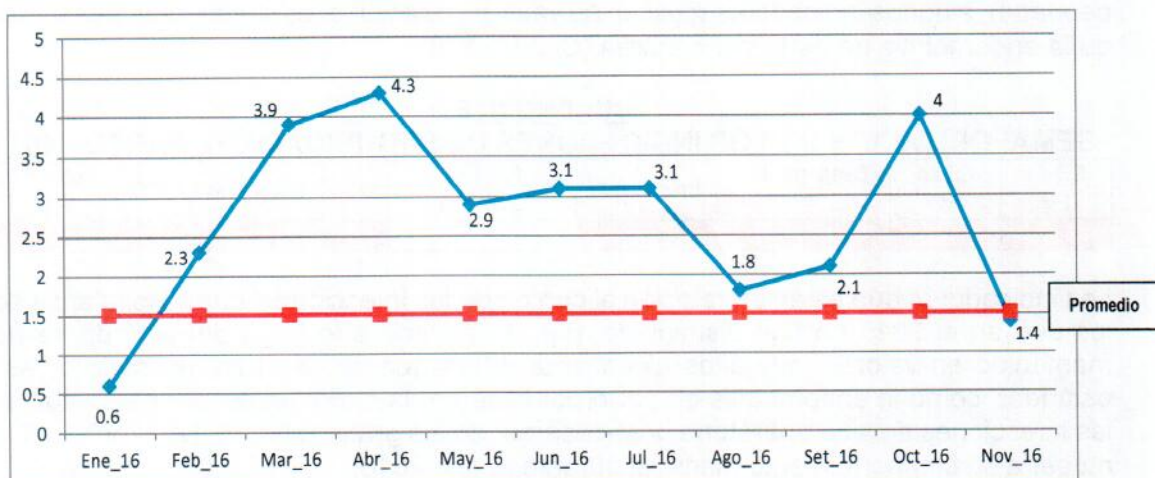
GRAFICO N° 17

Tasa de endometritis puerperal en parto vaginal – 2016 (ene-nov)



Leyenda: En azul = Tasa de endometritis por parto vaginal HONADOMANI SB.
En rojo: Promedio nacional para nivel III-1 (0.32). (Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica en Salud Pública – DGE – MINSA – 2015). Fuente: Informe del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la IAAS 2016- HONADOMANI SB

GRAFICO N° 18
Infección de sitio operatorio en pacientes post cesárea - 2015



Fuente: Reporte de Epidemiología

En rojo: Promedio nacional para nivel III-1 (1.5). (Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica en Salud Pública – DGE – MINSA – 2015)

5.- RONDAS DE SEGURIDAD

En el marco de la gestión del riesgo y como actividad complementaria importante al sistema de identificación y notificación de los incidentes de seguridad, durante el año 2016 se realizaron rondas de seguridad del paciente, en un total de siete rondas, prioritariamente en los servicios de críticos.

CUADRO N° 7
RONDAS DE SEGURIDAD – 2016

N°	MES	SERVICIO
1	ABRIL	Neonatología
2	JUNIO	Medicina Materno fetal
3	JULIO	UCI Neonatal
4	AGOSTO	Emergencia Pediátrica
5	SETIEMBRE	UCI Materna
6	OCTUBRE	UCI Pediátrica
7	NOVIEMBRE	Centro Obstétrico

De toda la información presentada sobre lo realizado durante el año 2016; para el presente año 2017 debemos orientar todos nuestros esfuerzos a fortalecer la agenda de Seguridad en la atención, asumiendo nuevos retos, por lo que la unidad de Seguridad del Paciente requiere ser fortalecida, como también, el de garantía de la calidad; así mismo, el presente plan debe contar con el apoyo de las más altas autoridades de la Institución, así como de los Jefes de Departamento y Servicio y de todo el personal Asistencial y Administrativo.

Otro aspecto importante es la necesidad de la actualización del marco normativo especialmente lo relacionado al análisis causa raíz, entre otros.

La sensibilización y capacitación de los Jefaturas de Departamento y Servicio en temas de Seguridad del Paciente es un aspecto también fundamental y el brindar asistencia

técnica permanente para mejorar la identificación y notificación de Eventos Adversos por los mismos profesionales de la Salud. Otro tema a fortalecer es el relacionado a la atención del usuario y la humanización de la atención en el marco del respeto a los derechos del paciente.

Así mismo, continuar la realización de las Rondas de Seguridad con un enfoque de "supervisión e identificación de riesgos", que pueden ser prevenidos antes de que sucedan los eventos adversos.

En relación a la cirugía segura, es necesario comprometer a todos los actores de Centro Quirúrgico para lograr una aplicación de la LVCS adecuada y concurrente.

6.-CALIDAD DE LA ATENCION POR MACROPROCESOS (AUTOEVALUACIÓN)

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 2016 alcanzaron el 63% (cuadro N° 8 y N° 9).

Cuadro N° 8
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LA AUTOEVALUACIÓN POR CATEGORÍAS 2016

Categoría	%
Gestión	71.97
Prestacional	49.71
Apoyo	71.12
Porcentaje Total	63

Cuadro N°9
SEMAFORIZACION DEL CUMPLIMIENTO, DETALLADO POR MACRO PROCESOS EN EL HOSPITAL SAN BARTOLOME

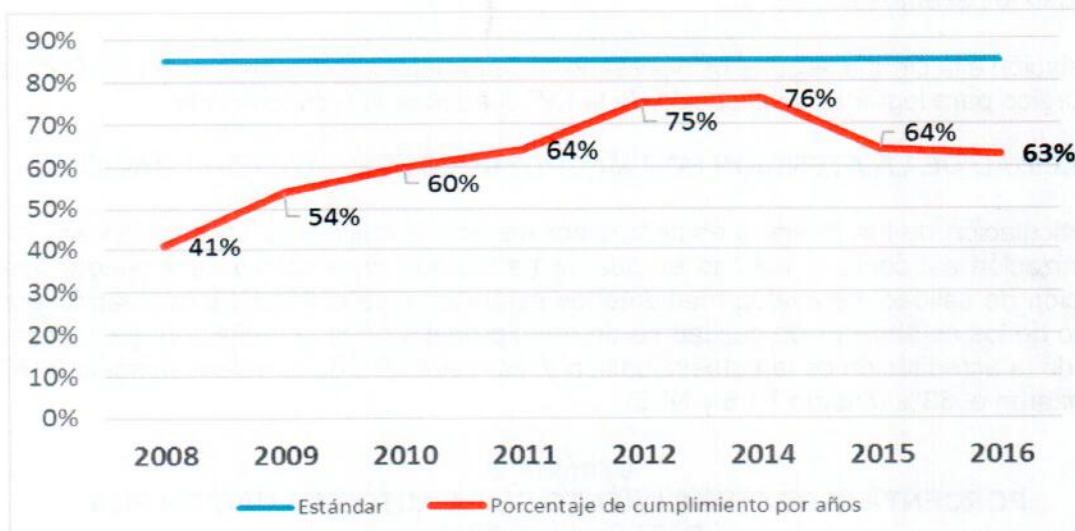
MACROPROCESOS	PORCENTAJE
Direccionamiento	82.35
Gestión de recursos humanos	79.41
Gestión de la calidad	70.73
Manejo del riesgo de atención	91.21
Gestión de seguridad ante desastres	44.64
Control de la gestión y prestación	63.46
Atención ambulatoria	47.50
Atención de hospitalización	41.67
Atención de emergencias	57.89
Atención quirúrgica	70.21
Docencia e Investigación	92.86
Apoyo diagnóstico y tratamiento	63.64
Admisión y alta	42.86
Referencia y contrarreferencia	76.47
Gestión de medicamentos	65.38
Gestión de la información	86.96
Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización	81.03
Manejo del riesgo social	68.18
Manejo de nutrición de pacientes	73.53
Gestión de insumos y materiales	96.15
Gestión de equipos e infraestructura	73.53

Menos del 50% Más del 50% y menos del 75% Entre el 75% y menos del 85% Más del 85%



De los 21 macroprocesos evaluados, 4 obtuvieron calificación menos del 50% (rojo), 5 macroprocesos alcanzaron calificación más del 50% y menos del 75% (anaranjado), 7 macroprocesos alcanzaron calificación entre el 75% y menos del 85%(amarillo) y finalmente 5 macroprocesos alcanzaron calificación más del 85%(verde)

Cuadro N° 10
COMPARATIVO DE LOS RESULTADOS DE LA AUTOEVALUACION DESDE EL AÑO 2008 AL 2016



7.- AUDITORIA

En la actualidad la demanda del usuario externo ha aumentado considerablemente y al estar ellos más informados y empoderados exigen el cumplimiento de la normatividad y una mejor calidad de atención, la omisión o incumplimiento de dichas normas o una mala calidad de atención pueden derivar en reclamaciones, y/o procesos legales, que pueden requerir en algunos casos de procesos de auditoría, para la identificación de las no conformidades y por tanto proponer las mejoras correspondientes.

En el Hospital San Bartolomé contamos con un Comité de Auditoría Médica y un Comité de Atención en Salud, reconocidos con Resolución Directoral N° 0349 del 30 de diciembre del 2016. En el año 2016 se realizaron reuniones de socialización de las auditorías de caso con énfasis en las no conformidades y sus recomendaciones con todos los involucrados en las Auditorías de Caso, con el objetivo de que se implementen las mejoras recomendadas en forma dinámica y en el tiempo determinado. El logro más importante fue la inclusión de las Auditorías de Oficio elaborados por los Comités periféricos de cada departamento como un indicador de Gestión Asistencial. Se realizaron todas las auditorías de caso solicitadas (07); sin embargo, el cumplimiento de las recomendaciones aún es bajo. Otra limitación presentada en el 2016 fue la no realización de capacitación a los integrantes de los comités de auditoría y a los jefes de departamento y servicios, por el no financiamiento debido a déficit presupuestal.

VII. OBJETIVO GENERAL

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

VIII. EJES DE TRABAJO Y OBJETIVOS ESTRATEGICOS (ESPECIFICOS)

EJE 1: GESTION DE PROCESOS PARA LA CERTIFICACIÓN /ACREDITACIÓN

- 1.1. Fortalecer competencias en el Proceso de Evaluación Integral de la Calidad para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo
- 1.2. Fortalecer competencias en Gestión por Procesos y Costos
- 1.3. Desarrollar el Proceso de Acreditación / Certificación Institucional
- 1.4. Contar con Procesos normalizados y eficientes que respondan a las necesidades del usuario externo acorde a la Política Nacional de la Modernización de la Gestión Pública

EJE 2: CULTURA DE LA CALIDAD Y MEJORA CONTINUA

- 2.1 Fortalecer competencias en Mejora Continua de la Calidad (Proyectos de MCC)
- 2.2 Promover una Cultura por la Mejora Continua de la Calidad
- 2.3 Optimizar y Mejorar Procesos Críticos (Desarrollo de Proyectos de MCC)

EJE 3: GESTIÓN DE LAS RELACIONES CON EL USUARIO EXTERNO

- 3.1 Fortalecer competencias en Promoción y Protección del Derecho de los Usuarios de los Servicios de Salud
- 3.2 Fortalecer competencias en Humanización de la Atención en Salud
- 3.3 Fortalecer el Sistema de Orientación- Absolución de Reclamos
- 3.4 Supervisar la Implementación del Proceso de Promoción y Protección del Derecho
- 3.5. Fomentar la Promoción y Protección de los Derechos de los Usuarios a través de la retroalimentación de las intervenciones basado en los requerimientos de los Grupos de Interés (Mediciones de la Satisfacción)
- 3.6 Promover la Participación y Corresponsabilidad en el Cuidado de la Salud: Ciudadano, Familia, Comunidad, Actores / Autoridades Locales
- 3.7 Fortalecer la Imagen Institucional de los OODD - IGSS respecto a la Calidad de Atención y el respeto por los Derechos de las Personas

EJE 4: GESTIÓN DEL RIESGO Y LAS BUENAS PRÁCTICAS EN SEGURIDAD DEL PACIENTE

- 4.1 Fortalecer competencias en Buenas Prácticas de Atención y Gestión del Riesgo
- 4.2 Fortalecer el Sistema de Registro- Notificación - Análisis y Mejora del Incidente y Evento Adverso
- 4.3 Promover una Cultura basada en el aprendizaje del error - Cultura de Seguridad
- 4.4 Promover Buenas Prácticas de Atención por la Seguridad del Paciente (Objetivos Internacionales en Seguridad del Paciente)
- 4.5 Implementar el Proceso de Aprendizaje del Error
- 4.6 Fortalecer el Proceso de Análisis de los Eventos Centinela
- 4.7 Contribuir a la Reducción de Riesgos asociados a la prestación mediante el seguimiento a los Planes de Mitigación de Riesgos.



EJE 5: ORGANIZACIÓN PARA LA CALIDAD Y DERECHOS DE LAS PERSONAS

- 5.1 Fortalecer la Organización de la Calidad
- 5.2 Promover condiciones del ambiente de trabajo adecuados para la gestión de la calidad y derechos de las personas
- 5.3 Alinear los procesos de gestión de la calidad y derechos de las personas a los Políticas y Lineamientos Sectoriales

EJE 6: GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN SANITARIA E INVESTIGACIÓN PARA LA CALIDAD

- 6.1 Fortalecer el Sistema de Información Gerencial en Gestión de la Calidad y Derechos de las Personas
- 6.2 Fortalecer el Sistema de Prevención y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud
- 6.3 Fortalecer la Implementación de prácticas de prevención y control de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud basadas en evidencia
- 6.4 Fortalecer el Uso adecuado y seguro de medicamentos, antisépticos, desinfectantes, y mezclas parenterales
- 6.5 Promover la investigación en Calidad en Salud

IX. PROGRAMACION DE ACTIVIDADES POR OBJETIVO ESTRATÉGICO (ESPECÍFICO)

OBJETIVO ESTRATEGICO 1.1 Fortalecer competencias en el Proceso de Evaluación Integral de la Calidad para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo

- a) Designación del listado de Evaluadores Internos con Resolución Directoral
- b) Capacitación referente a la Norma Técnica de Salud: Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.

OBJETIVO ESTRATEGICO 1.2 Fortalecer competencias en Gestión por Procesos y Costos

- a) Capacitación dirigido a Jefaturas Administrativas y Asistenciales referente a la Gestión por Procesos y Costos

OBJETIVO ESTRATEGICO 1.3 Desarrollar el Proceso de Acreditación / Certificación Institucional

- a) Cumplimiento del Proceso de Autoevaluación según la Norma Técnica de Salud: Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo
- b) Implementación de las mejoras en base a la Autoevaluación realizada.
Informe que señale la Implementación de las mejoras en base a la Autoevaluación realizada

OBJETIVO ESTRATEGICO 1.4 Contar con Procesos normalizados y eficientes que respondan a las necesidades del usuario externo acorde a la Política Nacional de la Modernización de la Gestión Pública



- a) Rediseño de Procesos y/o Procedimientos Asistencial /Administrativos orientados a los usuarios externos, acorde a la Política Nacional de la Modernización de la Gestión Pública

OBJETIVO ESTRATEGICO 2.1 Fortalecer competencias en Mejora Continua de la Calidad (Proyectos de MCC)

- a) Capacitación en "Fortalecimiento de conocimientos, actitudes y prácticas referidos a la Gestión de Proyectos de Mejora Continua" al personal de Salud que conforman los Equipos de Mejora designados

OBJETIVO ESTRATEGICO 2.2 Promover una Cultura por la Mejora Continua de la Calidad

- a) Elaboración de Proyectos de Mejora continua que cumplen las etapas y procesos según la normatividad vigente y clasificación de Proyectos de Mejora según su Etapa de Desarrollo.

OBJETIVO ESTRATEGICO 2.3 Optimizar y Mejorar Procesos Críticos (Desarrollo de Proyectos de MCC)

- a) Elaboración de Proyectos de Mejora continua orientado a mejorar un proceso Crítico (Tiempo de Espera en Consulta Externa, Reclamos más frecuentes, Riesgos en la Atención en salud, Observaciones Identificadas por SUSALUD, Implementación de la Lista de Verificación de Seguridad en la Cirugía, Observaciones en la Autoevaluación para la acreditación)

OBJETIVO ESTRATEGICO 3.1 Fortalecer competencias en Promoción y Protección del Derecho de los Usuarios de los Servicios de Salud

- a) Entrenamiento al Personal en Promoción y Protección del Derecho de los Usuarios de los Servicios de Salud

OBJETIVO ESTRATEGICO 3.2 Fortalecer competencias en Humanización de la Atención en Salud

- a) Entrenamiento al personal administrativo y asistencial en Humanización de la Atención.
- b) Identificación y Reconocimiento del "Agente Humanizador de cuerpo y alma",

OBJETIVO ESTRATEGICO 3.3 Fortalecer el Sistema de Orientación- Absolución de Reclamos

- a) Operativización de la Plataforma de Atención al Usuario para el registro, atención y seguimiento de reclamos de los usuarios para fomentar la Promoción y Protección de sus Derechos
- b) Implementación y funcionamiento del Libro de Reclamaciones para el registro de los reclamos de los usuarios externos

OBJETIVO ESTRATEGICO 3.4 Supervisar la Implementación del Proceso de Promoción y Protección del Derecho



- a) Autoevaluación de los criterios utilizados por SUSALUD para supervisar el Libro de Reclamaciones y de la Plataforma de Atención al Usuario en Salud
- b) Implementación oportuna de acciones de mejora y acciones correctivas con el objeto de reducir las multas por sanciones descritas en el Reglamento de Infracciones y Sanciones de SUSALUD.

OBJETIVO ESTRATEGICO 3.5 Fomentar la Promoción y Protección de los Derechos de los Usuarios a través de la retroalimentación de las intervenciones basado en los requerimientos de los Grupos de Interés (Mediciones de la Satisfacción)

- a) Medición del grado de satisfacción del usuario externo mediante la aplicación de encuestas SERVQUAL - Modificado, procesamiento y reporte con el aplicativo (formato Excel), en consulta externa /hospitalización/ emergencia.
- b) Elaboración del Informe de Encuesta de Satisfacción del Usuario

OBJETIVO ESTRATEGICO 3.6 Promover la Participación y Corresponsabilidad en el Cuidado de la Salud: Ciudadano, Familia, Comunidad, Actores / Autoridades Locales

- a) Identificación y Reconocimiento de las Redes / Grupos / Asociaciones de Pacientes organizados del Establecimiento de Salud
- b) Entrenamiento a Redes / Grupos / Asociaciones de Pacientes en Participación y Corresponsabilidad en el Cuidado de la Salud

OBJETIVO ESTRATEGICO 3.7 Fortalecer la Imagen Institucional de los OODD - IGSS respecto a la Calidad de Atención y el respeto por los Derechos de las Personas

- a) Elaboración de material comunicacional e implementación de metodologías participativas sobre los Derechos de las Personas usuarias de los servicios de salud

OBJETIVO ESTRATEGICO 4.1 Fortalecer competencias en Buenas Prácticas de Atención y Gestión del Riesgo

- a) Capacitación dirigida a las jefaturas de departamento y servicio, referente a las Rondas de Seguridad del Paciente
- b) Capacitación dirigida a las jefaturas de departamento y servicio referente a Auditoría de la Calidad de Atención en Salud

OBJETIVO ESTRATEGICO 4.2 Fortalecer el Sistema de Registro- Notificación - Análisis y Mejora del Incidente y Evento Adverso

- a) Capacitación dirigida a las jefaturas de departamento y servicio referente a Notificación de Eventos Adversos.
- b) Capacitación dirigida a las jefaturas de departamento y servicio referente a análisis de eventos centinelas

OBJETIVO ESTRATEGICO 4.3 Promover una Cultura basada en el aprendizaje del error - Cultura de Seguridad



- a) Inventario del listado de las Guías de Práctica Clínica por UPSS, oficializadas con RD
- b) Reporte del listado de Fichas de Verificación de las GCP por UPSS (solo de las GPC oficializadas).
- c) Evaluación de la adherencia al uso de guías de práctica clínica por UPSS (áreas y procedimientos priorizados)

OBJETIVO ESTRATEGICO 4.4 Promover Buenas Prácticas de Atención por la Seguridad del Paciente (Objetivos Internacionales en Seguridad del Paciente)

- a) Evaluación de la correcta aplicación de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía
- b) Aplicación de la Encuesta para evaluar la implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad del Cirugía

OBJETIVO ESTRATEGICO 4.5 Implementar el Proceso de Aprendizaje del Error

- a) Ejecución de Rondas de Seguridad del Paciente
- b) Identificar prácticas inseguras durante la atención de salud
- c) Elaboración del plan de acción para eliminar las prácticas inseguras encontradas en la Ronda de Seguridad del Paciente
- d) Conformación de los Comités de Auditoría de la Calidad (Médica y de Salud) actualizados y aprobados con RD.
- e) Elaboración del Plan Anual de Auditoria de la Calidad de Atención en Salud
- f) Monitoreo Trimestral de los Avances del Plan de Auditoria de la Calidad de Atención en Salud

OBJETIVO ESTRATEGICO 4.6 Fortalecer el Proceso de Análisis de los Eventos Centinela

- a) Identificación y reporte de incidentes de seguridad con daño (eventos adversos y eventos adversos centinela) y sin daño
- b) Análisis de eventos adversos centinela

OBJETIVO ESTRATEGICO 4.7 Contribuir a la Reducción de Riesgos asociados a la prestación mediante el seguimiento a los Planes de Mitigación de Riesgos

- a) Implementación oportuna de acciones de mejora y acciones correctivas con el objeto de reducir las multas por sanciones descritas en el Reglamento de Infracciones y Sanciones de SUSALUD

OBJETIVO ESTRATEGICO 5.1 Fortalecer la Organización de la Calidad

- a) Ejecución del Plan Anual de Gestión de la Calidad y Derechos de las Personas
- b) Designación oficial del responsable de Gestión de la Calidad en Salud a nivel del HONADOMANI.

OBJETIVO ESTRATEGICO 5.2 Promover condiciones del ambiente de trabajo adecuados para la gestión de la calidad y derechos de las personas

- a) Estudio del clima organizacional en los conforme a normatividad



- b) Implementación de acciones de mejora del clima organizacional en base a los resultados del estudio realizado

OBJETIVO ESTRATEGICO 5.3 Alinear los procesos de gestión de la calidad y derechos de las personas a los Políticas y Lineamientos Sectoriales

- a) Difusión y socialización de documentos técnicos en el marco de Gestión de la Calidad y Derechos de las Personas

OBJETIVO ESTRATEGICO 6.1 Fortalecer el Sistema de Información Gerencial en Gestión de la Calidad y Derechos de las Personas

- a) Utilización de herramientas estadísticas de calidad, en los informes elaborados por la Oficina de Gestión de Calidad.

OBJETIVO ESTRATEGICO 6.2 Fortalecer el Sistema de Prevención y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud

- a) Capacitación referente a las Normas Técnicas de Salud: Prevención y Control de IAAS/ IIH vigentes, para fortalecer competencias en los Procesos de Prevención y Control de las IAAS
- b) Implementación y monitoreo de la operatividad de los Comités de Prevención y Control de IAAS
- c) Evaluación de los Procesos de Prevención y Control de las IAAS referente a la Implementación de los Planes y Normas Técnicas de Salud: Prevención y Control de IAAS/ IIH vigentes.

OBJETIVO ESTRATEGICO 6.3 Fortalecer la Implementación de prácticas de prevención y control de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud basadas en evidencia

- a) Socialización e implementación de uso de "Care Bundle" o Paquete de Medidas para la prevención de las IAAS basadas en evidencia médica.
- b) Fortalecimiento de la práctica de higiene de manos en los diferentes servicios del hospital

OBJETIVO ESTRATEGICO 6.4 Fortalecer el Uso adecuado y seguro de medicamentos, antisépticos, desinfectantes, y mezclas parenterales

- a) Entrenamiento al Personal de Salud integrante del Equipo de Prevención y control Integral de IAAS, en uso adecuado y seguro de medicamentos, antisépticos, desinfectantes, y mezclas parenterales

OBJETIVO ESTRATEGICO 6.5 Promover la investigación en Calidad en Salud

- a) Elaboración y desarrollo de Proyectos de investigación en Calidad en Salud, orientados a la mejora de la calidad de atención en salud

X. ACTIVIDADES TRAZADORAS

- a) Cumplimiento del Proceso de Autoevaluación según la Norma Técnica de Salud: Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo



- c) Evaluación de los Procesos de Prevención y Control de las IAAS referente a la Implementación de los Planes y Normas Técnicas de Salud: Prevención y Control de IAAS/ IIH vigentes.

OBJETIVO ESTRATEGICO 6.3 Fortalecer la Implementación de prácticas de prevención y control de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud basadas en evidencia

- a) Socialización e implementación de uso de "Care Bundle" o Paquete de Medidas para la prevención de las IAAS basadas en evidencia médica.
- b) Fortalecimiento de la práctica de higiene de manos en los diferentes servicios del hospital

OBJETIVO ESTRATEGICO 6.4 Fortalecer el Uso adecuado y seguro de medicamentos, antisépticos, desinfectantes, y mezclas parenterales

- a) Entrenamiento al Personal de Salud integrante del Equipo de Prevención y control Integral de IAAS, en uso adecuado y seguro de medicamentos, antisépticos, desinfectantes, y mezclas parenterales

XII. ANEXOS

Matriz de Criterios de Programación del Plan de Gestión de la Calidad 2017 del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé.



- b) Elaboración de Proyectos de Mejora continua orientado a mejorar un proceso Crítico (Tiempo de Espera en Consulta Externa, Reclamos más frecuentes, Riesgos en la Atención en salud, Observaciones Identificadas por SUSALUD, Implementación de la Lista de Verificación de Seguridad en la Cirugía, Observaciones en la Autoevaluación para la acreditación)
- c) Operativización de la Plataforma de Atención al Usuario para el registro, atención y seguimiento de reclamos de los usuarios para fomentar la Promoción y Protección de sus Derechos
- d) Medición del grado de satisfacción del usuario externo mediante la aplicación de encuestas SERVQUAL - Modificado, procesamiento y reporte con el aplicativo (formato Excel), en consulta externa /hospitalización/ emergencia
- e) Elaboración del plan de acción para eliminar las prácticas inseguras encontradas en la Ronda de Seguridad del Paciente
- f) Ejecución del Plan Anual de Gestión de la Calidad y Derechos de las Personas
- g) Elaboración y desarrollo de Proyectos de investigación en Calidad en Salud, orientados a la mejora de la calidad de atención en salud

XI. 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.

La Oficina de Personal y la Oficina de Epidemiología en los objetivos y actividades que les compete según su responsabilidad funcional, como se detalla a continuación:

Oficina de Personal:

OBJETIVO ESTRATEGICO 5.2 Promover condiciones del ambiente de trabajo adecuados para la gestión de la calidad y derechos de las personas

- a) Estudio del clima organizacional en los conforme a normatividad
- b) Implementación de acciones de mejora del clima organizacional en base a los resultados del estudio realizado

Oficina de Epidemiología:

OBJETIVO ESTRATEGICO 6.1 Fortalecer el Sistema de Información Gerencial en Gestión de la Calidad y Derechos de las Personas

- b) Utilización de herramientas estadísticas de calidad, en los informes elaborados por la Oficina de Gestión de Calidad.

OBJETIVO ESTRATEGICO 6.2 Fortalecer el Sistema de Prevención y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud

- a) Capacitación referente a las Normas Técnicas de Salud: Prevención y Control de IAAS/ IIH vigentes, para fortalecer competencias en los Procesos de Prevención y Control de las IAAS
- b) Implementación y monitoreo de la operatividad de los Comités de Prevención y Control de IAAS







