789

COPIA FIEL DEL ORIGINAL

PERÚ | Ministerio de Salud | Instituto de Gestión de Servicios de Salud | Hospital Nacional Docente Madre-Niño "San Bartolomé"

N° 071 -DG-HONADOMANI-SB-2017

Instituto de Gestión de Servicios de la Salud HONADOMANI "SAN BARTOLOME" OFICINA DE ESTADISTICA E INFORMATICA 10 MAR. 2017 RECIBIDO Hora: Firma:

Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé Sr. Rodolfo M. Angamma Gómez FEDATARIO

Resolución Directoral

Lima, 07 de MARZO de 2017

Visto, el Expediente Nº 02508-17;

CONSIDERANDO:

Que, conforme a lo dispuesto en la Ley N°26842, Disposiciones Complementarias, Transitorias y Finales del Título Preliminar, IV. La Salud Publica es responsabilidad primaria del Estado. La responsabilidad en materia de salud individual es compartida por el individuo, la sociedad y el Estado;

Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé Oficina de Asesoría Jurídica

Que, la Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA que aprueba el Documento Técnico: Sistema de Gestión de la Calidad en Salud señala que uno de los procesos del componente de garantía y mejora de la calidad es el "Mejoramiento Continuo de la Calidad" que busca el desarrollo niveles de mayor competitividad y encaminarse a construir una organización de excelencia;

Que, las acciones y Proyectos de Mejora Continua de la Calidad" que se desarrollarán en el presente año indicarán prioritariamente sobre los procesos directamente relacionados a alcanzar la meta de los indicadores de satisfacción del usuario e indicadores de calidad en salud, según recomendaciones del Instituto de Gestión de Servicios de Salud;

Ministerio de Salud Dirección Adjunta HONADOMANI SAN BARTOLOMÉ

Que, el presente Plan de Gestión de Asesoramiento Técnico en proyectos de Mejora Continua de la Calidad 2017 del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé" es un instrumento que contribuye a fortalecer los procesos, cerrar las brechas existentes, desarrollar acciones de mejora de los indicadores de calidad y gestión de tal manera que la atención prestada sea la más efectiva, eficaz, segura posible, orientada siempre a la satisfacción del usuario y en el marco de los lineamientos prioritarios del sector y con un enfoque de Gestión por procesos;

Que, mediante Nota Informativa N° 055-2017-OGC-HONADOMANI-SB de fecha 27 de Febrero de 2017, el Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad informa al Director General que se oficialice vía Resolución Directoral el Documento técnico: "Plan de Mejora Continua de la Calidad 2017" del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé", remitiendo un ejemplar de diecinueve (19) folios;

Que, mediante Informe Técnico N° 027-2017-CMI-DA-HONADOMANI-SB/IGSS de fecha 28 de febrero de 2017, la Coordinadora de Monitoreo Institucional informa al Director General que, luego de revisado el Documento Técnico: "Plan de Mejora Continua de la Calidad 2017" del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé" se encuentra de acuerdo a las Normas Técnicas, emitiendo opinión favorable para su aprobación;

Que, mediante Memorando N° 092.2017-DG-HONADOMANI-SB de fecha 28 de Febrero de 2017, el Director General del HONADOMANI-SB solicita a la Jefatura de la Oficina de Asesoría Jurídica se proyecte la Resolución Directoral que aprueba el **Documento Técnico: "Plan de Mejora Continua de la Calidad 2017" del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé"** antes enunciada;

Con las visaciones de la Dirección Adjunta, y de la Oficina de Asesoría Jurídica del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé";

En uso de las facultades y atribuciones conferidas al Director General del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé", mediante Resolución Jefatural N° 10-2017/IGSS, de fecha 20 de enero del 2017, y de la Resolución Ministerial N° 884-2003-SA/DM, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé";

SE RESUELVE:

Artículo Primero.- **Aprobar** el DOCUMENTO TÉCNICO**: "PLAN DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD-2017"** del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé"; el cual consta en diecinueve (19) folios, que en anexo adjunto forma parte de la presente Resolución Directoral.

Artículo Segundo.- Disponer que 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 GESTION DE SERVICIOS DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE-NIÑO
"SAN BARTOLOME"

Dr. EDGARDO W. VASQUEZ PEREZ
Director General
CMP: 10536 RNE: 6307

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

SR. RODOLFO MELCHOR ANICAMA GOMEZ
FEDATARIO
Reg. N°..... Fecha 10 MAR 2017

EWVP/JCVO
Cc.

- DA.
- OGC
- OAJ
- OEI
- Archivo

HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO SAN BARTOLOME

OFICINA DE GESTION DE LA CALIDAD

DOCUMENTO TECNICO:

"PLAN DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD 2017

Febrero - 2017

Dr. Edgardo Vásquez Pérez

Director General

Dr. David Cornejo Falcón

Director Adjunto

Dr. Álvaro Santivañez Pimentel

Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad

Lic. Gloria E. Asmat Bautista

Jefa de la Unidad de Mejora Continua

Ministerio de Salud
Oficina de Gestión de la Calidad
Hospital Nacional Docente Madre-Niño "San Bartolomé"

INDICE

I. Introducción

II. Finalidad

III. Base legal

IV. Ámbito de Aplicación

V. Diagnóstico Situacional

VI. Objetivo General

VII. Objetivos Específicos (Estratégicos)

VIII. Programación de Actividades por Objetivos Específicos (Estratégicos)

IX. Acciones por niveles de Organización

X. Responsabilidades

XI. Anexos

Ministerio de Salud
Oficina de Gestión de la Calidad
Hospital Nacional Docente Madre-Niño "San Bartolomé"

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 Nº 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 de Mejora continua de la Calidad es un Documento técnico que contribuye a disminuir las brechas existentes en los indicadores de calidad de los procesos institucionales a través de la Gestión de las relaciones con el usuario externo y la asistencia técnica para la elaboración, implementación e institucionalización de Proyectos de mejora que minimicen los riesgos y los índices de insatisfacción para el logro de los objetivos institucionales trazados con un enfoque de Gestión por procesos, Promoción y Protección de los Derechos de los Usuarios.

Ministerio de Salud
Oficina de Gestión de la Calidad
Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé

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 Nº 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 Nº 526-2011/MINSA, que aprueba las "Normas para la elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud".
- Decreto Supremo N° 042 – 2011-PCM, Aprueba la obligación de las Entidades del Sector Público de contar con un Libro de Reclamaciones.
- Resolución Ministerial Nº 527-2011/MINSA, que aprueba la "Guía Técnica para la Evaluación de la Satisfacción del Usuario Externo en los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo"
- Decreto Supremo Nº 031-2014-SA.- que aprueba Reglamento de Infracciones y Sanciones de la Superintendencia Nacional de Salud – SUSALUD
- Decreto Supremo Nº 027-2015-SA.- Reglamento de la Ley 29414, que establece el derecho de las personas usuarias de los Servicios de Salud.
- Directiva Administrativa Nº 006-SG-IGSS/V.01 "Plataforma de Atención al Usuario en el Instituto de Gestión de Servicios de Salud".
- Decreto Supremo N° 030-2016-SA.- Reglamento para la atención de Reclamos y Quejas de los usuarios de las Instituciones Administradoras de Aseguramiento en salud – IAFAS, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud – IPRESS y Unidades de Gestión de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud – UGIPRESS, públicas, privadas o mixtas.
- Ley N° 29344, Ley Marco del Aseguramiento Universal en Salud.

IV.- AMBITO DE APLICACION

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

V.- DIAGNOSTICO SITUACIONAL

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

- Resultados de las Encuestas de los usuarios de los servicios de salud.
- Informes del Libro de reclamaciones.
- Reporte de Incidentes de seguridad del paciente.
- Reporte de Indicadores de Seguridad del parto.
- Reporte de Rondas de seguridad.
- Resultados del proceso de Autoevaluación.
- Medición de los tiempos de espera en consulta externa y emergencia.

Ministerio de Salud - Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé" Oficina de Gestión de la Calidad

- Recomendaciones de Auditoría de procesos.
- Recomendaciones de las Auditorias de Caso y Calidad
- Informe Epidemiológico sobre tendencia de Infecciones asociadas a la Atención de Salud del Hospital, etc.

Procesos Críticos:

- Tiempo de espera en la 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.

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

Cuadro N° 1.- Insatisfacción general del usuario externo en el Servicio de 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 cuente con los medicamentos que receta el médico.	52.25	62.85
P6 Atención rapida en caja o modulo de admisión.	62.39	47.62
P7 Atención rápida en laboratorio de emergencia.	43.24	40.95
P8 Atención rápida para examenes radiologicos.	35.59	33.33
P9 Atencion rápida en farmacia de emergencia.	49.10	67.62
P10 Medico 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 fisico 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 atendio se mejoró.	45.05	38.10
P14 Trato amable, respeto y paciencia por personal de emergencia.	51.35	48.57
P15 Personal de emergencia mostro interés para solucionar cualquier problema que se presentó durante su atención.	51.58	47.62
P16 Comprension de la explicación que el médico le brindó sobre el problema de salud o resultado de la atención.	47.30	41.90
P17 Comprension de la explicación que el médico le brindó sobre procedimientos o análisis realizado.	43.69	39.05
P18 Comprension de la explicación que el médico le brindo sobre el tratamiento que recibio, 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 cuente con personal para informar y orientar a los pacientes	51.35	48.57
P21 Emergencia cuente con equipos y materiales necesarios para su atención.	46.17	35.24
P22 Ambientes del servicio de emergencia estuvieron limpios y comodos.	52.93	38.10
P23 Entrega oportuna los resultados de los examenes realizados.	50.23	42.86
P24 En general, atención de emergencia sea de CALIDAD.	61.04	53.76
% 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".

Ministerio de Salud
Oficina de Gestión de la Calidad
Hospital Nacional Docente Madre-Niño San Bartolomé

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

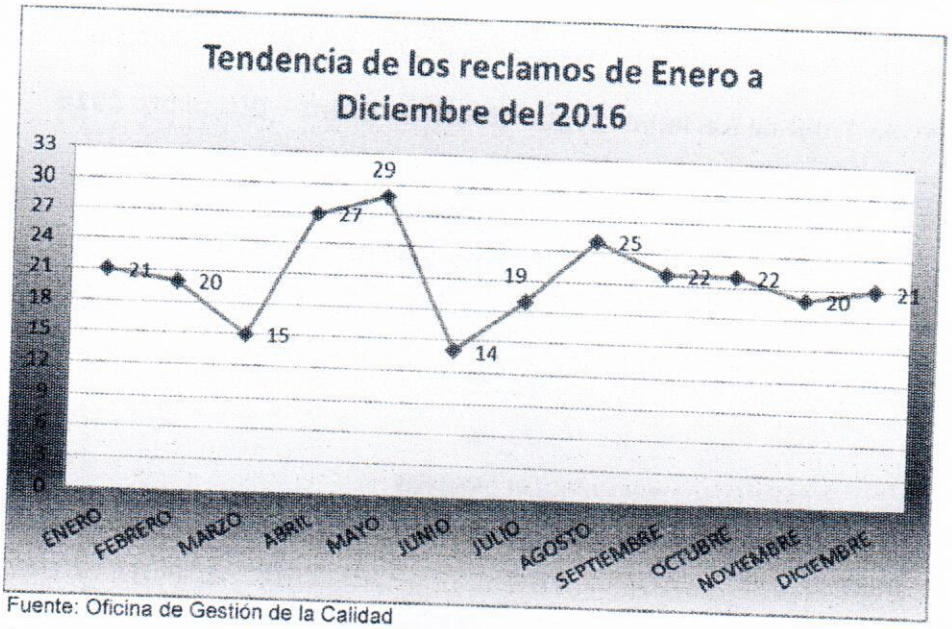
Dimensiones	2015	2016
FIABILIDAD (P1 - P5)	50.72	48.95
CAPACIDAD DE RESPUESTA (P6 - P9)	47.58	47.14
SEGURIDAD (P10 - P13)	49.77	40.24
EMPATIA (P14 - P18)	47.7	44.4
ASPECTOS TANGIBLES (P19 - P22)	50.34	41.90
ACREDITACIÓN (P23 - P24)	55.63	53.81
TOTAL DIMENSIONES	49.77	45.48

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.

2.- <u>Informe Anual del Libro de Reclamaciones</u>

Grafico N° 1.- Tendencia de los reclamos de Enero a Diciembre del 2016

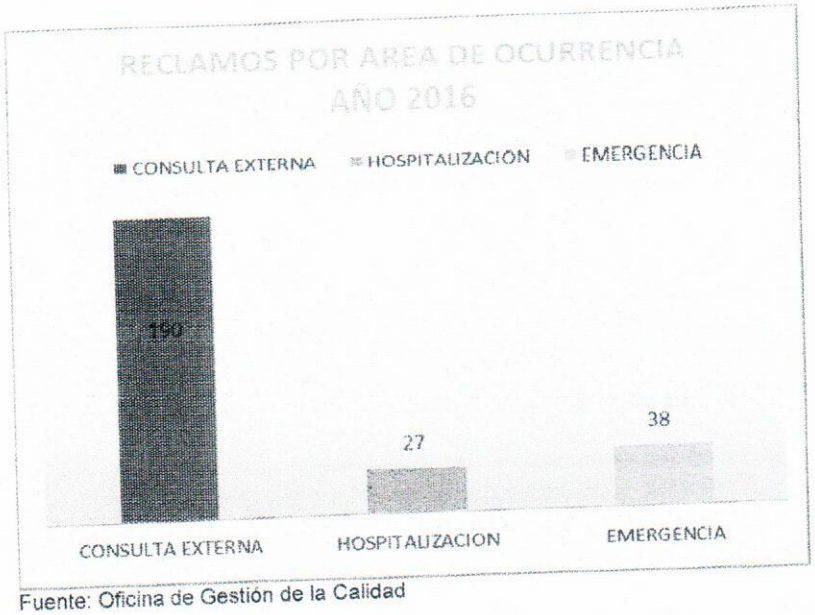


Fuente: Oficina de Gestión de la Calidad

Se observa que la tendencia de los reclamos en el último trimestre (Octubre – Diciembre) el promedio es de 21 reclamos registrados en el Libro de Reclamaciones.

Ministerio de Salud - Hospital Nacional Docente Madre-Niño "San Bartolomé" - Oficina de Gestión de la Calidad

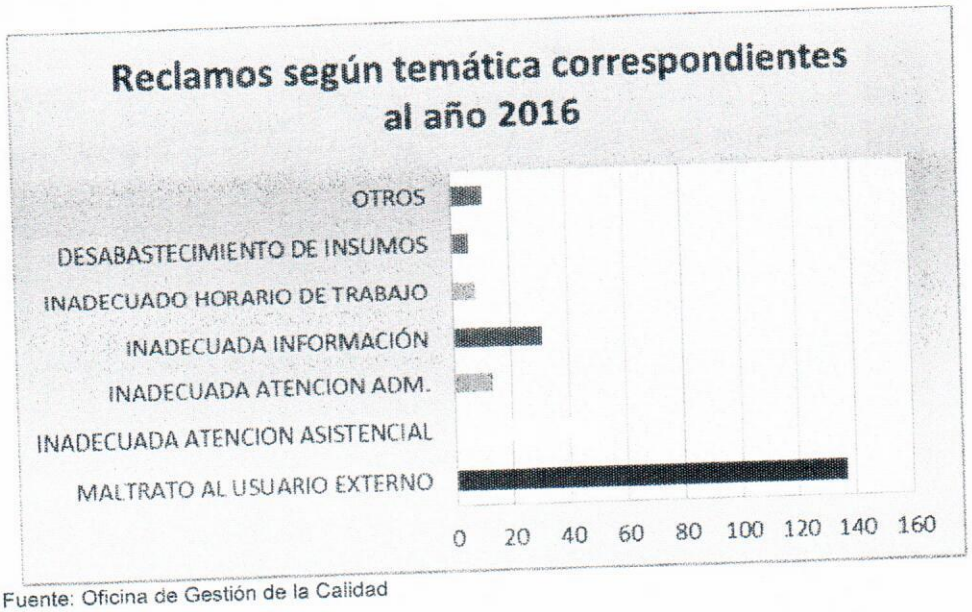
Grafico N° 2.- Total de reclamos según su área involucrada Enero – Diciembre 2016



Fuente: Oficina de Gestión de la Calidad

Se observa que de los 255 reclamos presentados en el año 2016 la consulta externa es la que generó el mayor número de reclamos (190r) que representan el 74% del total de reclamaciones, seguido por el área de Emergencia con 38 reclamos que representan el 15% y el área de Hospitalización con 27 reclamos que representan el 11% del total de reclamos.

Grafico N° 3.- Total de Reclamos según temática. Enero – Diciembre 2016



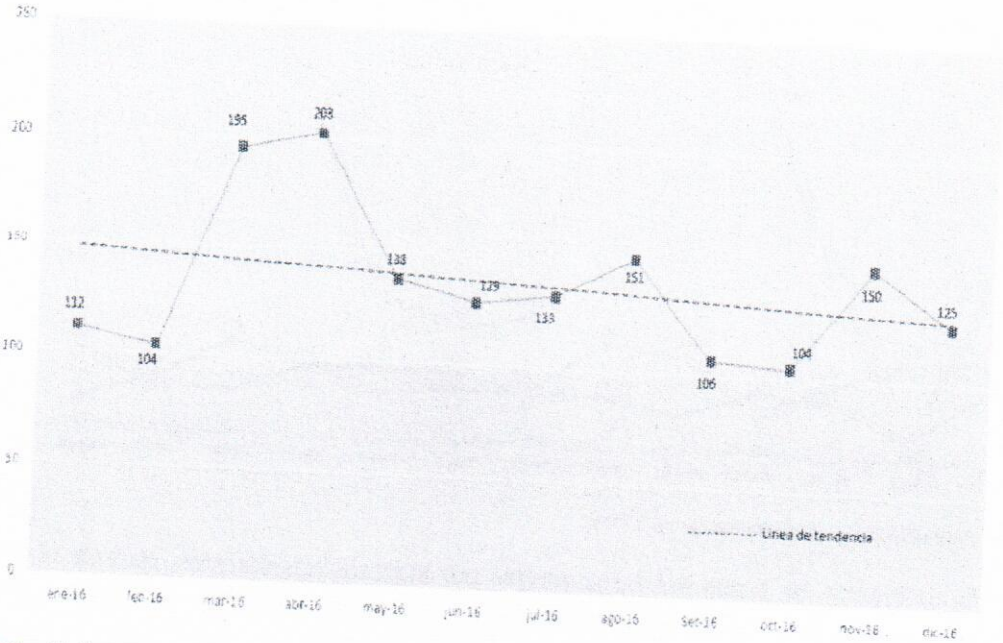
Fuente: Oficina de Gestión de la Calidad

Se observa que el Maltrato al Usuario externo ha sido la Temática más reclamada en el año 2016 con 52% del total de reclamos seguido de la inadecuada atención asistencial con 29% de los reclamos, la Inadecuada Información y la inadecuada atención administrativa con el 10% c/u, siendo el indicador otros el que suma 1% del total de reclamos.

Ministerio de Salud - Hospital Nacional Docente Madre-Niño "San Bartolomé" - Oficina de Gestión de la Calidad

3.- Reporte de Incidentes de Seguridad del Paciente

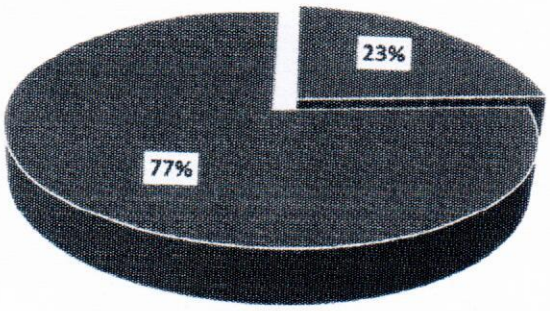
Grafico N° 4.- Total de incidentes de seguridad en el HONADOMANI "San Bartolomé. 2016.



Fuente: Unidad de Seguridad del Paciente – OGC

De acuerdo al Informe Anual de incidentes de seguridad se han notificado en el año 2016 un total de 1652 incidentes de seguridad, con una tendencia a la disminución a lo largo del año.

Gráfico N° 5.-Tipos Incidentes de Seguridad HONADOMANI "San Bartolomé" – 2016

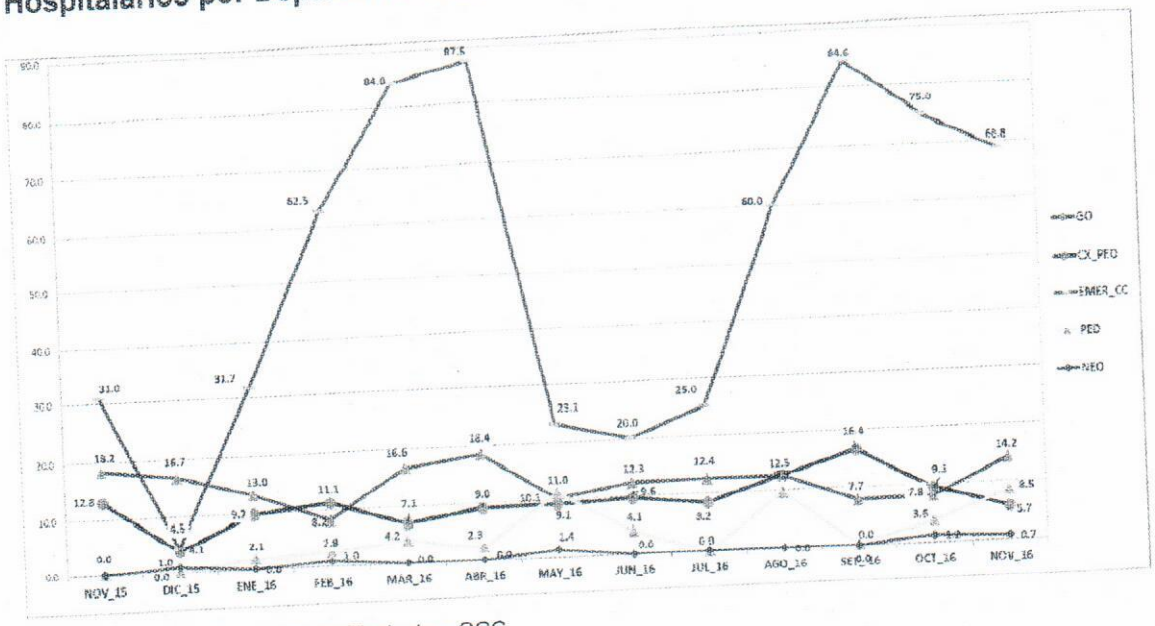


Fuente: Unidad de Seguridad del Paciente – OGC

Si revisamos los incidentes de seguridad por tipo, vemos que en el año 2016, el 77% de ellos correspondieron a incidentes de seguridad con daño (Eventos adversos y eventos centinela) y el 23% a incidentes de seguridad sin daño.

Ministerio de Salud
Oficina de Gestión de la Calidad
Hospital Nacional Docente Madre-Niño "San Bartolomé"

Grafico N° 6.- Porcentaje de Incidentes de Seguridad de Pacientes según Ingresos Hospitalarios por Departamentos asistenciales del HONADOMANI SB – 2016.



Fuente: Unidad de Seguridad del Paciente – OGC

Según la ocurrencia de incidentes de seguridad por ingresos hospitalarios, durante el año 2016 es en el Departamento de Emergencias y Cuidados Críticos en el que se presentó el mayor porcentaje de incidentes de seguridad en relación a sus ingresos hospitalarios; sin embargo, para el mes de diciembre fue en el Departamento de Gineco-obstetricia en el cual estos incidentes de seguridad se presentaron en el 10.9% de sus ingresos hospitalarios.

Cuadro N° 3.- Incidencia de Infecciones Asociadas a la Atención de Salud y Tipo de Infección. 2014 -2016.

Tipo de Infección	Tasa 2014	Tasa 2015	Tasa 2016	Incidencia promedio nacional	Incidencia según Categoría de EESS III - 1
ITS / CVC en UCI de Neonatología (*)	9.9	7.1	4.3	5.51	5.47
Endometritis puerperal parto vaginal (+)	0.9	0.6	0.5	0.18	0.29
Endometritis puerperal Cesárea (+)	2.9	3.9	2.7	0.42	0.7
ISO / Cesárea (+)	3.2	3.3	2.9	1.2	1.45

(*) Densidad de incidencia

(+) Incidencia acumulada

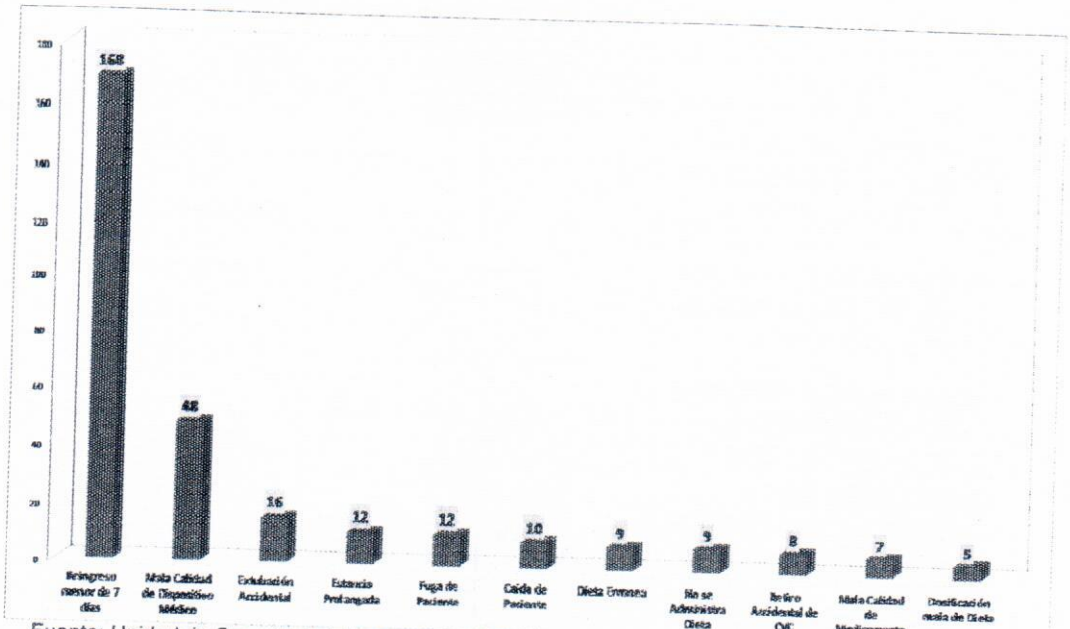
Fuente: Documento Técnico Plan de Vigilancia, Prevención y Control de la Infecciones Asociadas a la atención de salud y Bioseguridad 2017.

Según las tasas registradas en el Gráfico N° 7 se observa que en cuanto a la incidencia de IIH en el año 2016 la incidencia de endometritis puerperal asociada a cesárea, parto vaginal y las

Ministerio de Salud - Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé" - Oficina de Gestión de la Calidad

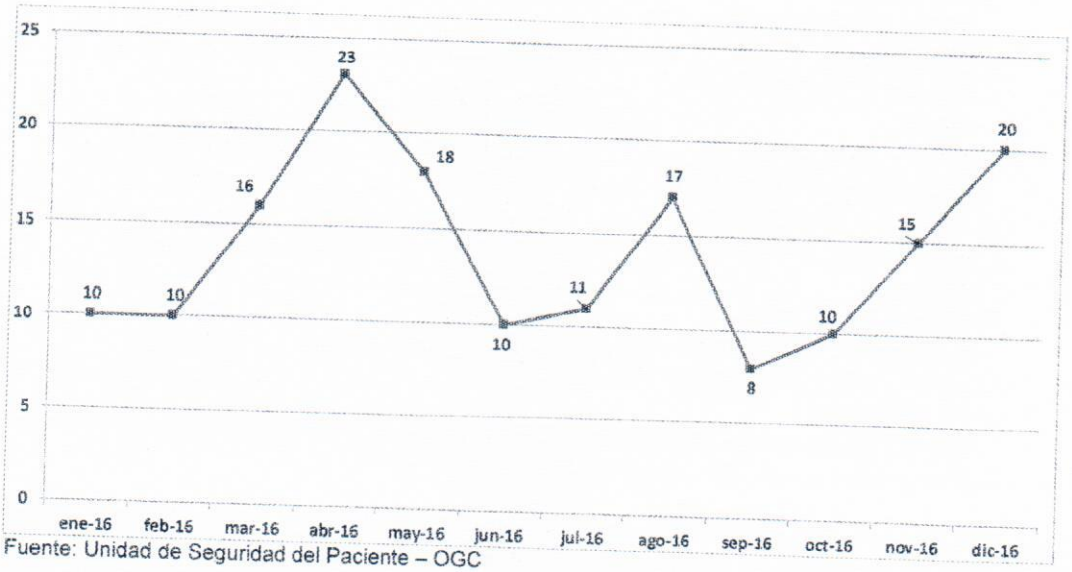
ISO/Cesárea se encuentran por encima del promedio nacional y según categoría del establecimiento.

Gráfico N° 7.- Incidentes de Seguridad Sin Daño – 2016



Fuente: Unidad de Seguridad del Paciente – OGC

GRAFICO N° 8.- Reingresos menores de 7 días - Hospital Nacional Docente San Bartolomé 2016



Fuente: Unidad de Seguridad del Paciente – OGC

Los incidentes de seguridad sin daño más frecuentes en el año 2016 fueron: reingresos menores a 7 días (168 casos), Mala calidad de dispositivo médico (48 casos), extubación accidental (16 casos), estancia prolongada y fuga de paciente (12 casos cada uno).

4.- <u>Indicadores de Seguridad de la Atención del Parto.</u>

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° 3, se muestra los valores de los indicadores antes referidos, comparados con sus estándares correspondientes y su evolución en los últimos cuatro años.

Cuadro N° 4.-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**	0.29 (promedio nacional Hospitales III-1)
ENDOMETRITIS POR PARTO POR CESAREA casos x100 cesáreas	3.5	2.9	3.9	**2.7**	0.70 (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**	1.45 (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 o por debajo como la tasa de fractura de clavícula neonatal siendo los indicadores relacionados a las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud los que están por encima del promedio estándar, como la Tasa de Endometritis por Parto Vaginal, la Tasa de Endometritis por parto por Cesárea y la Tasa de Infecciones de Sitio Operatorio.

Ministerio de Salud - Hospital Nacional Docente Madre-Niño "San Bartolomé" - Oficina de Gestión de la Calidad

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 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 quirúrgico, Emergencia y en las diferentes UCI. Cuadro N° 4. Las recomendaciones de las Rondas realizadas servirán como oportunidades de mejora para la implementación de acciones y/o Proyectos de Mejora.

Cuadro N° 5.- 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

6.- Resultados de Autoevaluación 2016.

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° 5 y N° 6).

Cuadro N° 6.- Porcentaje de cumplimiento de la Autoevaluación por categorías 2016

Categoría	%
Gestión	71.97
Prestacional	49.71
Apoyo	71.12
Porcentaje Total	63

Cuadro N°7.- Semaforización del cumplimiento, detallado por macro procesos. HONADOMANI. "San Bartolomé". 2016

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

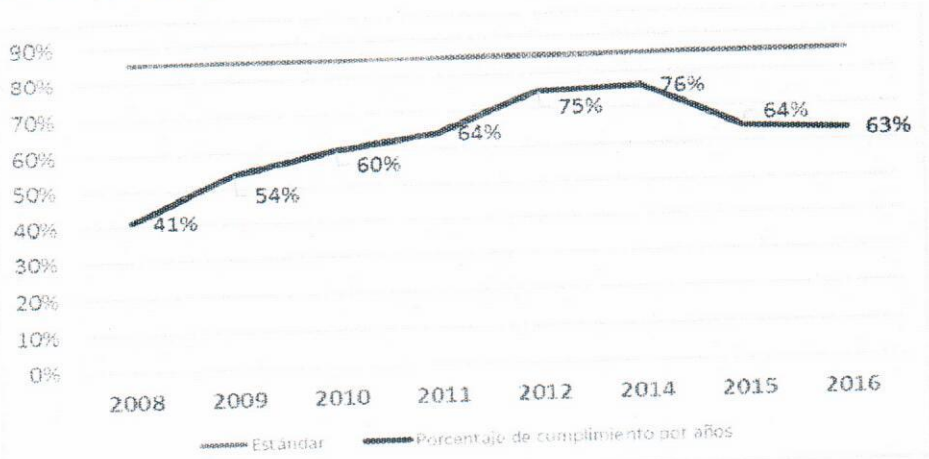
Ministerio de Salud - Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé - Oficina de Gestión de la Calidad

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	66.96
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 macro procesos evaluados, 4 obtuvieron calificación menos del 50% (rojo), 5 macro procesos alcanzaron calificación más del 50% y menos del 75% (anaranjado), 7 macro procesos alcanzaron calificación entre el 75% y menos del 85%(amarillo) y finalmente 5 macro procesos alcanzaron calificación más del 85%(verde)

Cuadro N° 8.- Comparativo de los resultados de la Autoevaluación. Años 2008 al 2016



7.- Recomendaciones de Auditoría

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. Se realizaron todas las auditorías de caso solicitadas (07); sin embargo, el cumplimiento de las recomendaciones aún es bajo.
Asimismo, se requiere fortalecer la atención del usuario y la humanización de la atención en el marco del respeto a los derechos del paciente.

Ministerio de Salud - Hospital Nacional Docente Madre-Niño "San Bartolomé" - Oficina de Gestión de la Calidad

VI.- OBJETIVO GENERAL

Contribuir a la mejora de la calidad de los servicios de salud que se brindan a los usuarios del HONADOMANI "San Bartolomé" a través de intervenciones basadas en la Gestión por procesos.

VII. OBJETIVOS ESPECIFICOS (ESTRATEGICOS)

El Instituto de Gestión de Servicios de Salud (IGSS), a partir del año 2016 definió los criterios de programación para la ejecución de los planes de Gestión de la Calidad de sus diferentes órganos desconcentrados, estos criterios están planteados por ejes de trabajo y objetivos estratégicos; para el presente año 2017 se han propuesto 6 ejes de trabajo, siendo los ejes dos y tres los que corresponden a la Cultura de la Calidad – Mejora Continua y la Gestión de las Relaciones con el usuario externo respectivamente, a continuación detallaremos los objetivos estratégicos de estos ejes y sus correspondientes actividades por cada uno de ellos.

EJE DE TRABAJO Y OBJETIVOS ESPECIFICOS (ESTRATEGICOS)

Eje 2.- Cultura de la Calidad y Mejora Continua

2.1 Fortalecer competencias en Mejora Continua de la calidad.
2.2 Promover una Cultura por la Mejora Continua de la calidad
2.3 Optimizar y Mejorar procesos críticos

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.

VIII. PROGRAMACION DE ACTIVIDADES POR OBJETIVOS ESPECIFICOS (ESTRATEGICOS)

Eje 2.- Cultura de la Calidad y Mejora Continua

Objetivo estratégico 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 estratégico 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 estratégico 2.3 Optimizar y Mejorar Procesos Críticos (Desarrollo de Proyectos de MCC)

Ministerio de Salud - Hospital Nacional Docente Madre-Niño "San Bartolomé" - Oficina de Gestión de la Calidad

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)

Eje 3.- Gestión de las Relaciones con el Usuario Externo

Objetivo estratégico 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 estratégico 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 estratégico 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 estratégico 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 estratégico 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 estratégico 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 estratégico 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

Ministerio de Salud - Hospital Nacional Docente Madre-Niño "San Bartolomé" - Oficina de Gestión de la Calidad

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

ACTIVIDADES TRAZADORAS

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)
b) 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
c) 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.

ACTIVIDADES NO CONSIDERADAS EN LOS CRITERIOS DE PROGRAMACION DEL IGSS – 2017

- Formulación de la propuesta de la Directiva Administrativa para la Atención de reclamos, consultas, sugerencias y felicitaciones en la Plataforma de Atención al Usuario.
- Formulación de la propuesta de Reglamento Interno para determinar las funciones y responsabilidades del Equipo de Trabajo para la Implementación y la Operatividad de la Plataforma de Atención al Usuario.
- Aplicación de Encuestas de Satisfacción al usuario externo que es atendido en los módulos de la Plataforma de Atención al Usuario y Encuestas de Opinión de los servicios involucrados en los procesos de atención.

IX.- ACCIONES POR NIVELES DE ORGANIZACIÓN

- Conformación mediante Resolución Directoral de Equipo de mejora del Proyecto "Atención integral extra muro en el hogar para grupos de riesgo y en pacientes con patología específica- HONADOMANI "San Bartolomé".

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 Mejora de la Calidad.

XI.- ANEXOS – MATRIZ DE CRITERIOS DE PROGRAMACION

Anexo 1:
Matriz de Criterios de Programación del Plan de Mejora de la Calidad 2017-HONADOMANI "San Bartolomé".
Anexo 2:
Proyectos de Mejora de la Calidad Priorizados en el HONADOMANI "San Bartolomé"-2017

Ministerio de Salud
Oficina de Gestión de la Calidad
Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé

Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé" - Ministerio de Salud - Oficina de Gestión de la Calidad

MATRIZ DE CRITERIOS DE PROGRAMACIÓN DEL PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD 2017 DEL HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO SAN BARTOLOMÉ

EJE DE TRABAJO	OBJETIVOS ESTRATEGICOS	INDICADOR TRAZADOR	DEFINICION OPERACIONAL	FUENTE DE VERIFICACIÓN	META CUMPLIMIENTO	META DE IMPACTO	PERIODO DE REPORTE	RESPONSABLE	PROGRAMACIÓN 2017											
									EN	FE	MA	AB	MA	JU	JU	AG	SE	OC	NO	DI
EJE 2: CULTURA DE LA CALIDAD Y MEJORA CONTINUA	2.1 Fortalecer competencias en Mejora Continua de la Calidad (Proyectos de MCC)	IND 7. Personal de Salud que conforman los Equipos de Mejora entrenados en Proyectos de Mejora Continua de la Calidad	Personal de Salud que conforman los Equipos de Mejora designados que recibieron capacitación en "Fortalecimiento de conocimientos, actitudes y prácticas inherentes a la Gestion de Proyectos de Mejora Continua"	Informe de las capacitaciones inherentes referidos a la Gestion de Proyectos de Mejora Continua	Un (01) Informe de capacitacion	≥ 90% de Personal de Salud que conforman los Equipos de Mejora entrenados en Proyectos de Mejora Continua de la Calidad	ANUAL	Oficina de Gestión de la calidad Recursos Humanos			X									
	2.2 Promover una Cultura por la Mejora Continua de la Calidad	IND 8. Elaboración de Proyectos de Mejora Continua	Proyectos de Mejora continua elaborado que cumple las etapas y procesos según la normatividad vigente Clasificación de Proyectos de Mejora según su Etapa de Desarrollo	Informe de avance de los proyectos de mejora continua de la Calidad	Dos (02) informes	≥ 01 Proyecto de Mejora continua en Etapa de Seguimiento	SEMESTRAL	Jefaturas de Departamento y Servicio / Jefaturas Administrativas / Calidad						X						X
	2.3 Optimizar y Mejorar Procesos Criticos (Desarrollo de Proyectos de MCC)	IND 9. Proyectos de Mejora orientados a mejorar procesos criticos en Etapa de Institucionalización	Procesos Criticos: • Tiempo de Espera en Consulta Externa • Reclamos más frecuentes • Riesgos en la Atención en salud • Observaciones tipificadas por SUSALUD • Implementacion de la Lista de Verificacion de Seguridad en la Cirugía • Observaciones en la Autoevaluación para la acreditación	Informe sobre Proyecto de Mejora de Proceso Crítico Institucionalizado	Un (01) Informe sobre proyecto institucionalizado	≥ 01 Proyecto de Mejora continua orientados a mejorar un Proceso Crítico, en Etapa de Estandarización e Institucionalización durante el 2017	ANUAL	Direccion / Jefaturas de Departamento - Oficinas Administrativas / Calidad												X
	3.1 Fortalecer competencias en Promoción y Protección del Derecho de los Usuarios de los Servicios de Salud	IND 10. Personal del OODD Entrenados en Promoción y Protección del Derecho de los Usuarios de los Servicios de Salud	Personal de los OODD De la Plataforma de Atencion al Usuario en Salud	Informe sobre las capacitaciones referente a Promoción y Protección del Derecho de los Usuarios de los Servicios de Salud	Dos (02) informes de capacitación	100% de Personal de los OODD de la Plataforma de Atención al Usuario en Salud capacitados	SEMESTRAL	Recursos Humanos						X						X
	3.2 Fortalecer competencias en Humanización de la Atención en Salud	IND 11. Personal administrativo y asistencial de la Unidad Ejecutora entrenado en Humanización de la Atención	Personal administrativo y asistencial de la Unidad Ejecutora entrenados en Humanización de la Atención.	Informe sobre capacitación en Humanización de la Atención Personal Administrativo y Asistencial de la Unidad Ejecutora preseleccionado	Dos (02) informes de capacitacion	≥ 90% de Personal administrativo y asistencial preseleccionados capacitados en Humanización de la Atención	SEMESTRAL	Recursos Humanos						X						X
		IND 12. Reconocimiento del "Agente Humanizador del cuerpo y alma"	Identificación y Reconocimiento del "Agente Humanizador del cuerpo y alma", según lo establecido	Informe sobre actividad de Reconocimiento	Dos (02) Informes de Actividad de Reconocimiento	≥ 04 colaboradores reconocidos como "Agentes Humanizadores de cuerpo y alma"	SEMESTRAL	Dirección / Recursos Humanos					X					X		
	3.3 Fortalecer el Sistema de Orientación-Absolución de Reclamos	IND 13. Plataforma de Atención al Usuario operativa	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	Reporte consolidado de la instalación y funcionamiento de la Plataforma de Atención al Usuario	Un (01) Informe de Implementacion de la PAUS según normatividad	Plataforma de Atencion al Usuario instalada y operativa según normatividad al I Semestre	ANUAL	Dirección / PAUS / Calidad						X						
		IND 14. Libro de Reclamaciones implementado funcionando	Libro de Reclamaciones para el registro de los reclamos de los usuarios externos de las IPRESS	Reporte consolidado de reclamos del Libro de Reclamaciones de la IPRESS	Doce (12) Reportes de reclamos registrados y reclamos resueltos	100% de los reclamos se resuelven en los plazos establecidos.	MENSUAL	PAUS / Calidad	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	3.4 Supervisar la Implementación del Proceso de Promoción y Proteccion del Derecho	IND 15. Autoevaluación de los criterios normativos del Libro de Reclamaciones y Plataforma de Atencion al Usuario en Salud	Autoevaluación de los criterios utilizados por SUSALUD para supervisar el Libro de Reclamaciones y de la Plataforma de Atencion al Usuario en Salud	Informe de autoevaluación de los Criterios normativos del Libro de Reclamaciones y de la Plataforma de Atención al Usuario en Salud	Cuatro (04) Informes de Autoevaluación de cumplimiento normativo	100% de los criterios normativos de autoevaluación implementados	TRIMESTRAL	PAUS / Calidad				X		X			X			X
		IND 16. Implementación de las recomendaciones, acciones de mejora y acciones correctivas descritas en el Informe de Supervision a la PAUS por parte de SUSALUD	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	Informe de seguimiento sobre el estado de implementación de las recomendaciones acciones de mejora y acciones correctivas descritas en el Informe de Supervisión a la PAUS por parte de SUSALUD	Cuatro (04) Informes de seguimiento	≥ 95% de implementación de la acciones correctivas dentro de los plazos establecidos	TRIMESTRAL	Dirección / PAUS				X		X			X			X
EJE 3: GESTIÓN DE LAS RELACIONES CON EL USUARIO EXTERNO	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 Interes (Mediciones de la Satisfacción)	IND 17. Satisfacción de Usuarios Externos	Medicion 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/y/o emergencia, en establecimientos de salud con categoría I-3 al II-2	Informe sobre los resultados de la medición de la satisfacción del usuario externo en consulta externa/hospitalización/emergencia, en las IPRESS	Un (01) Informe de Encuesta de Satisfacción del Usuario	Incremento ≥ al 5% , respecto a la última medición de satisfacción del usuario externo.	ANUAL	Calidad / PAUS						X						
		IND 18. Acciones de mejora implementados en base a los resultados de la encuesta de satisfacción del usuario externo aplicado mediante la metodología de SERVQUAL Modificado	Informe de Encuesta de Satisfacción del Usuario	Informe sobre las acciones de mejora implementados en base a los resultados de la encuesta de satisfacción del usuario externo aplicado mediante la metodología de SERVQUAL - Modificado	Dos (02) Informes sobre las acciones de mejora implementados en base a los resultados de la encuesta de satisfaccion	≥ 80% de las acciones de mejora se han implementado en los plazos establecidos	SEMESTRAL	Direccion / Jefaturas de Departamento y Servicio / Jefaturas Administrativas Calidad				X								X
	3.6 Promover la Participación y Corresponsabilidad en el Cuidado de la Salud Ciudadano, Familia, Comunidad, Actores / Autoridades Locales	IND 19. Identificación y Reconocimiento de las Redes / Grupos / Asociaciones de Pacientes organizados del Establecimiento de Salud	Identificar las Redes / Grupos / Asociaciones de Pacientes del OODD Reconocer mediante documento institucional a las Redes /Grupos / Asociaciones de Pacientes del OODD	Censo de Redes / Grupos / Asociaciones de Pacientes organizados del OODD	Un (01) Censo	≥ 02 Redes / Grupos / Asociaciones de Pacientes organizados en el OODD reconocidos mediante documento institucional	ANUAL	Direccion / Jefaturas de Departamento y Servicio / Dpto Enfermeria				X								
		IND 20. Redes / Grupos / Asociaciones de Pacientes entrenados en Participación y Corresponsabilidad en el Cuidado de la Salud	Entrenamiento a Redes / Grupos / Asociaciones de Pacientes entrenados en Participación y Corresponsabilidad en el Cuidado de la Salud realizado por las OODD	Informe sobre actividades de entrenamiento a las Redes / Grupos / Asociaciones de Pacientes entrenados en Participación y Corresponsabilidad en el Cuidado de la Salud	Un (01) Informe de capacitacion	100 % de las Redes / Grupos / Asociaciones de Pacientes entrenados	ANUAL	Jefaturas de Departamento y Servicio / Dpto Enfermeria						X						
	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	IND 21. Difusión de los Derechos de las Personas Usuarias de los servicios de salud	Material comunicacional y metodologias participativas sobre los Derechos de las Personas usuarias de los servicios de salud	Material de difusión de los Derechos de las Personas usuarias de los servicios de salud, elaborado con enfoque intercultural y/o inclusivo	Un (01) Informe de la campaña de difusion de los Derechos de las Personas usuarias de los servicios de salud.	≥ 200 personas acceden a la difusion de los Derechos de las Personas usuarias de los servicios de salud,	ANUAL	Calidad / PAUS									X			
	3.8 Otros actividades no incluidas en los Criterios de Programación del IGSS.		Formulación de propuesta de Directiva Admininistrativa para la atención de reclamos, consultas, sugerencias y felicitaciones.	Propuesta de Directiva Admininistrativa formulada.	Un (01) Propuesta de Directiva Admininistrativa	Directiva Admininistrativa aprobada con RD.	ANUAL	PAUS / Calidad		X										
			Formulación de propuesta de Reglamento Interno para determinar las funciones y responsabilidades del equipo de trabajo de la PAU.	Propuesta de Reglamento Interno formulada.	Un (01) Propuesta de Reglamento Interno	Reglamento Interno aprobado con RD.	ANUAL	PAUS / Calidad		X										
			• Aplicación de Encuestas de Satisfacción al usuario externo que es atendido en los módulos de la Plataforma de Atención al Usuario y Encuestas de Opinión de los servicios involucrados en los procesos de atención.	Encuestas de Satisfacción y de opinión al usuario externo aplicadas.	Dos (02) Informes de Encuesta de Satisfacción de usuarios de la PAU y Encuestas de Opinión.	≥ 75% de satisfacción del usuario externo	SEMESTRAL	PAUS / Calidad				X						X		

ANEXO 2.-

Ministerio de Salud - Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé" - Oficina de Gestión de la Calidad

REPORTE DE PROYECTOS DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD 2017

NOMBRE DEL EESS. : HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO SAN BARTOLOME

N°	NOMBRE DEL PROYECTO DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD	PROBLEMA	OBJETIVO DEL PROYECTO	EQUIPO DE MEJORA	ETAPA DEL PROYECTO DE MEJORA (marcar con una X)					FORMALIZACIÓN DEL PROYECTO			COSTO ESTIMADO DEL PROYECTO (S/.)
					ESTUDIOS	IMPLEMENTACIÓN	SEGUIMIENTO	EVALUACIÓN	INSTITUCIONALIZACIÓN	N° RESOLUCIÓN DEL PROYECTO	N° RESOLUCIÓN DEL EQUIPO DE MEJORA	AÑO DE INICIO DEL PROYECTO	
1	DISMINUCION DEL TIEMPO DE ESPERA EN CONSULTORIOS EXTERNOS DEL HONADOMANI. "SAN BARTOLOME"	Tiempo de espera prolongado : 120 minutos y amplia variabilidad en los tiempos de espera según servicios de consulta externa , siendo el mayor tiempo demostrado de 193 minutos (Gineco Obstetricia). Mayor tiempo de espera en el área de admisión y en sala de espera para el ingreso a consultorio externo para la atención médica.	Optimizar el proceso de atención en la consulta externa para la disminución del tiempo de espera en el HONADOMANI "San Bartolomé".	Méd. Juana Patricia Geng Blas Méd. Guillermo Raúl Vásquez Gómez Méd. Oscar Guillermo Arana Coaila Lic. Flor de María Auqui Solís Téc. Evelin Patricia Rojas de Silao Sra. Claudia Luz Cavero Canchis Sra. Julia magdalena Bastidas Tirado Lic. Luz elena Aponte Avendaño Méd. Oswaldo Moscol Gómez Méd. María Delfina Cetraro Cardó Méd. Augusto César Amorós Cortes Méd. José Luis Chávez Salazar Méd. Alvaro santivañez Pimentel Méd. Víctor Manuel Parra Gutierrez Obt. María Teresa García Ayala Méd. Augusto Wifredo Díaz Falcón Lic. Gloria Elizabeth Asmat Bautista Lic. Flor de María Huaman Astocondor	x	x				RD N° 0030-DG-HONADOMANI / 2016. RD N° 350-DG-HONADOMANI.SB. 2016 (Modificación de Equipo de mejora).	may-16	
2	MEJORA DEL PROCESO DE ATENCION DEL PARTO EN CENTRO OBSTETRICO DEL HONADOMANI "SAN Bartolome"	Incidencia de endometritis puerperal por parto vaginal (0.6)atendido en Centro Obstétrico se encuentra incrementada en los últimos 5 años a nivel institucional , siendo en el 2015 el doble de lo esperado para la incidencia de promedio nacional (0.23) y el triple de la incidencia según categoría EESS III-1 (0.32).	Disminuir la incidencia de endometritis puerperal por parto vaginal asociada a procedimientos durante la atención del parto en centro obstétrico del HONADOMANI "San Bartolomé"	Méd. Guillermo Raúl Vásquez Gómez Méd. Wilfredo Arturo Galán Fiestas Lic. María Teresa García Ayala Lic. Marleny Tatiana Márquez Moscol Q.F. Lucy Gonzalez Paucarhuanca Téc. Enf. Nelida Aurelia Campos Calderón Med. Edson Valdivia Vera Lic. Gloria Elizabeth Asmat Bautista		x				RD N° 335-DG-HONADOMANI-SB.2016	RD N° 190-DG-HONADOMANI SB.2016	ene-17	
3	MEJORA DEL PROCESO DE EVALUACION DEL DESEMPEÑO Y CONDUCTA LABORAL	86% de cumplimiento de evaluación del desempeño y conducta laboral en promedio en los últimos 3 años, siendo el Indicador del proceso 100% de cumplimiento. En el año 2015 el tiempo de entrega de formatos de evaluación fue en promedio 6 semanas y el el mayor tiempo 36semanas, siendo lo esperado 2 semanas. Tiempo de entrega del informe final se encuentra en promedio en 2 meses, siendo lo esperado 1 mes. Existe demora en el cumplimiento de las actividades del proceso, el control de calidad y el ingreso de la información de 1,209 formatos es manualmente y por un solo personal , no logrando evaluar al 100% del personal y por lo tanto no son capacitados oportunamente.	Mejorar el proceso de evaluacion del Desempeño y Conducta Laboral del personal asistencial y administrativo del Hospital Docente Madre Niño "San Bartolomé.	Obst. Joel Neséforo Molta Rivera C.P.C. María Mildera Lara Iparraguirre Téc. Adm. Aliciel Mila Altamirano Palacios Mg. Miriam Esther Ortiz Espinoza Méd. Augusto César Amorós Cortés Méd. Manuel Zaña Asunción Bach. Elizabeth Surichaqui Díaz Ing. Jardy Luis Espilco León Bach. Elizabeth Surichaqui Díaz Ing. Jardy Luis Espilco León.		x					RD N° 0123-DG-HONADOMANI-SB-2016	Jul-16	
4	OPTIMIZANDO LOS PROCESOS DE LOS SERVICIOS DEL DEPARTAMENTO DE AYUDA AL DIAGNOSTICO "San Bartolomé"	Insatisfacción de los usuarios por la demora de entrega de resultados de exámenes de laboratorio , radiología y anatomía patológica . Emergencia: 50.23% de insatisfacción; Hospitalización 38.35%.	Optimizar los procesos de los servicios del Departamento de Ayuda al diagnóstico para la mejora de la satisfacción de los usuarios del HONADOMANI San Bartolomé.	Méd. Augusto M. Valencia Ramírez Méd. José M. Leiva Beraún Méd. Luz A. Rosas Vargas Méd. José A. Wong Valdivia Méd. María E. Benavente Díaz Méd. Alice del Carmen Reyes Villalobos Méd. Oswaldo Moscol Gómez Méd. Ever A. García Guerrero Méd. Mery y. Aranda Alberto Méd. María D. Cetraro Cardó Méd. Manuel A. Zaña Asunción Lic. María Teresa García Ayala Lic. Teresa I. Carranza Castillo Sr. Ronald M. Toledo Velarde Méd. Augusto W. Díaz Falcón Lic. Gloria E. Asmat Bautista	x					RD N° 330-DG-HONADOMANI.SB.2016		
5	OPTIMIZANDO EL PROCESO DE ATENCION DE LAS USUARIAS DEL SERVICIO DE EMERGENCIA OBSTETRICA DEL HONADOMANI SAN BARTOLOME	43.91% de insatisfacción de las usuarias externas de emeregencia con la atención recibida en este servicio y 61.54% de insatisfacción con respecto a la calidad de atención.	Optimizar el proceso de atención de las usuarias del servicio de emergencia obstétrica del HONADOMANI San Bartolomé	Méd. Edgar F. Bautista Echazú Sr. Guillermo E. Velásquez Valles Téc. María del carmen Vilbes Herrera Sr. Alfredo R. Argomedo Briones Lic. Marleta N. Loza Collantes Lic. María V. Guaylupo Reyes Lic. Patricia E. Valdez Rodríguez Lic. María T. García Ayala QF Lucy Gonzalez Paucarhuanca TAP Ronald M. Toledo Velarde Lic. Rosario Tapia Gallegos Téc. Esp. María Cassani Camargo Sra. María del Carmen Meza Félix Sr. David Ricardo Camargo Marcelo Lic. Cristina Valenzuela Alvino de Rodríguez Lic. Norma M. Gamarra Chuquilanqui	x					RD N° 007-DG-HONADOMANI.SB.2017		
6	ATENCION INTEGRAL EXTRAMURO EN EL HOGAR PARA GRUPOS DE RIESGO Y EN PACIENTES CON PATOLOGIA ESPECIFICA-HONADOMANI SAN BARTOLOME	Pacientes con tiempo de permanencia prolongado y pacientes con patología especifica que no cuentan con seguimiento en el hogar para la disminución de sus riesgos.	Brindar atención integral extramuro en el hogar a grupos de riesgo y en pacientes con patología especifica que lo requiera.	Lic. Miriam E. Ortiz Espinoza Méd. Wilfredo A. Galán Fiestas Lic. Aurea F. Valdivieso Lujan de Gamarra Méd. Karin A. Villanueva Gavidia Méd. Carol Munayco Cortéz Q.F. Erika I. Vilca Zúñiga Lic. Lindaura Tejeda Ipanaqué de Polo Lic. Teresa I. Carranza Castillo Lic. Julia V. Gutierrez Cahuana Lic. Lucy J. Alaya Ordoñez Lic. Dina Luz Camez Marticorena Lic. María Luisa Saénz Veraltegui Q.F. Rocío Margot Espinoza Pizarro Méd. Edson Valdivia Vera Lic. Gloria E. Asmat Bautista						En proceso		