



PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé"

N° 042 DG-HONADOMANI-SB-2018



Resolución Directoral

Lima, 23 de febrero de 2018



Visto, los expedientes N° 02344-18;

CONSIDERANDO:

Que, la Ley N° 26842, Ley General de Salud establece en el VI. "Es de interés público la provisión de servicios de salud, cualquiera sea la persona institución que los provea. Es responsabilidad del Estado promover las condiciones que garantice una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad. Es irrenunciable la responsabilidad del Estado en la provisión de servicios de salud pública. El estado interviene en la provisión de servicios de atención médica con arreglo a principios de equidad";



Que, mediante Resolución Ministerial N°850-2016/MINSA, se resuelve aprobar el documento denominado "Normas para la elaboración de documentos Normativos del Ministerio de Salud", cuyo objetivo general es establecer las disposiciones relacionadas con los procesos de formulación, aprobación, modificación y difusión de los documentos normativos que expide el Ministerio de Salud, en el marco del proceso de descentralización; dentro del contexto, el numeral 6.1.4 Documento Técnico: Es la denominación genérica de aquella publicación del Ministerio de Salud que contiene información sistematizada o disposición sobre un determinado aspecto sanitario o administrativo, o que fija posición sobre él; y, que la Autoridad Nacional de Salud considera necesario enfatizar o difundir, autorizándola expresamente. La respalda, difunde y facilita su disponibilidad para que sirva de consulta o referencia, sobre aspectos relativos al tema que se aboca. Por su contenido, algunos serán de obligatorio cumplimiento (precisando en el ámbito de aplicación), otros serán referenciales, y algunos de información sobre el tema se consideran Documentos Técnicos aquellos que abordan aspectos como "Planes (de diversa naturaleza)";

Que mediante la Resolución Ministerial N°519-2006/MINSA se aprueba el Documento Técnico de "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud", que tiene por finalidad fortalecer los procesos de mejora continua de la calidad en salud en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo;

Que, la finalidad del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud consiste en contribuir que la atención que brinda el personal de Salud del Hospital sea segura y de calidad para los pacientes; y tiene por objeto establecer los principios, normas, metodología, y procesos para la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud orientado a obtener resultados para la mejora de la calidad de atención en los servicios de Salud;

Que, mediante Nota Informativa N°027-2018-OGC-HONADOMANI-SB, el Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad adjunta al Director General del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé", el Documento Técnico: "Plan de Gestión de la Calidad 2018 del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé", requiriendo su aprobación en vía acto resolutivo;

Que, mediante Nota Informativa N°008-2018-DA-HONADOMANI-SB, el Director Adjunto de la Oficina Adjunta de Administración del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé" emite opinión favorable, proponiendo al titular de la entidad su aprobación mediante el correspondiente acto resolutivo;





Que mediante Memorando N°061.2018.DG.HONADOMANI.SB, el Director General del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé" solicita a la Oficina de Asesoría Jurídica proyectar el correspondiente acto resolutivo;



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

En uso de las facultades y atribuciones conferidas al Director General del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé", mediante Resolución Ministerial N°083-2018/MINSA y la Resolución Ministerial N°884-2003-SA, que aprueba el Reglamento de Organizaciones y Funciones del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé";

SE RESUELVE:

Artículo Primero.- Aprobar el Documento Técnico "PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD 2018 del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé", el cual consta de trece (13) folios, que forman parte integrante de la presente Resolución Directoral.

Artículo Segundo.- Disponer a la Oficina de Gestión de la Calidad, la responsabilidad de la difusión y cumplimiento del Documento Técnico "PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD 2018 del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé".

Artículo Tercero.- Disponer a la Oficina de Estadística e Informática, la publicación del DOCUMENTO TÉCNICO "PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD 2018 del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé", en el portal de la página web institucional (www.sanbartolome.gob.pe).

Regístrese y Comuníquese.

MINISTERIO DE SALUD
HOS. DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"

M.C. ILDAURO AGUIRRE SOSA
Director General (e)
CMP 20684 RNE 10628

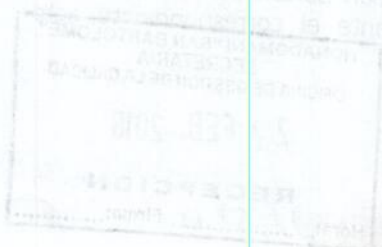
IAS/CSR/JPAG/jmchb
CC.

- DA
- OGC
- OAJ
- Archivo

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

SR. RODOLFO MELCHOR ANICAMA GÓMEZ
FEDATARIO

Reg. N° Fecha **27 FEB. 2018**



**HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE
NIÑO SAN BARTOLOME**

**OFICINA DE GESTIÓN DE LA
CALIDAD**



**DOCUMENTO TÉCNICO:
“PLAN DE GESTIÓN
DE LA CALIDAD 2018
HONADOMANI SAN
BARTOLOMÉ”**



Febrero - 2018



Dr. Ildauro Aguirre Sosa

Director General

Dr. Carlos Santillán Ramírez

Director Adjunto

Dr. Alvaro Santivañez Pimentel

Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad

Equipo Técnico de la Oficina de Gestión de la Calidad

Dr. Edson Valdivia Vera

Dr. Augusto Díaz Falcón

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	24
VIII. Objetivos Específicos	24
IX. Programación de Actividades por Objetivo Específico	24
X. Responsabilidades	25
XI. Anexos	25

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 2018, 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 centrada en el usuario.

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, considerando los tres pilares: hospital seguro, digital y saludable.

Con la finalidad de alcanzar los objetivos institucionales de calidad trazados, se ha seguido los lineamientos emanados de la Unidad Funcional de Gestión de la Calidad del MINSA, pero también recogiendo la problemática propia de nuestro hospital.



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.
- Decreto Supremo N° 013-2006 - SA "Reglamento de Establecimiento de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".
- 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.
- 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° 1021-2010-MINSA aprueba "Guía técnica de Implementación de la Lista de Verificación de la seguridad de la Cirugía"
- Resolución Ministerial N° 414-2015-MINSA aprueba el Documento Técnico: "Metodología para la Elaboración de Guías de Práctica Clínica"
- 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° 850-2016/MINSA, que aprueba las "Normas para la elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud".

IV. AMBITO DE APLICACION

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

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

5.1 PLANIFICACION

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



2006 y el Documento Técnico "Política Nacional de Calidad en Salud" aprobado mediante Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, el 29 de octubre del 2009.

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.

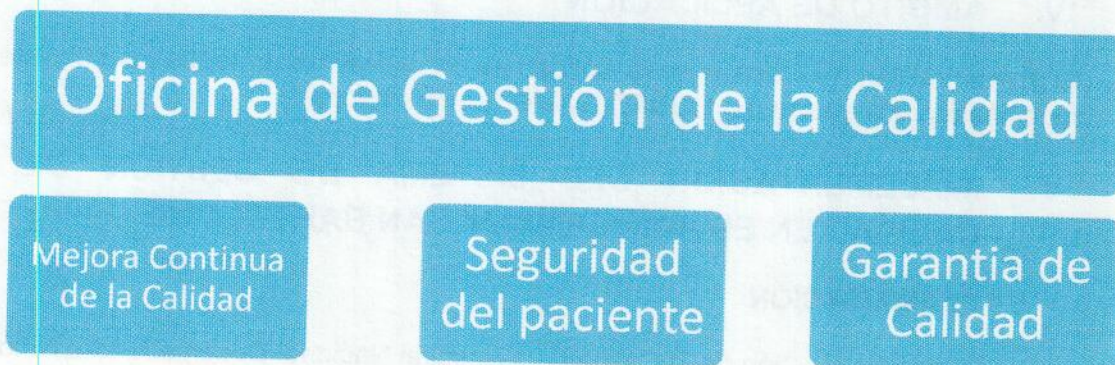
Para el cumplimiento de sus responsabilidades funcionales establecidas en el Manual de Organización y Funciones vigente, cuenta con tres unidades:

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.

Gráfico N°1. 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 de la seguridad de la atención del parto. Estos indicadores han entrado en un proceso de reformulación y se deben extender a otros procesos prestacionales.

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".

Mediante la Resolución Directoral N°287-HONADOMANI SB se reconfirmó el Comité de Auditoría Médica y de Salud del HONADOMANI San Bartolomé (11 de Octubre del 2017).

A través de la Universidad Científica del Sur, de junio a setiembre del 2017, se dictó el curso de Auditoria para la calidad de atención en salud, dirigido a todos los miembros del comité de auditoría Médica y en salud con una duración de 60 horas conforme lo determina la Norma Técnica de Auditoria N°029 – MINSA. V.02, capacitándose a 34 profesionales.

Se han realizado 9 auditorías, formulándose 40 recomendaciones, con un 32% de implementación, 35% en proceso y 32% sin acción alguna.

Acreditación de establecimientos

El hospital ha llevado a cabo diez 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 nueve 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.

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 (que aprobó la Directiva Sanitaria N° 001 para la Implementación del Sistema de Notificación de Incidentes de Seguridad) 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.

Mediante la Resolución Directoral N°014 -DG - HONADOMANI - SB/2012, se aprobó la Guía Técnica: Metodología para el Análisis de Causa Raíz de Eventos Centinela, dejando sin efecto la Resolución Directoral N°0363 -DG - HONADOMANI -SB - 2012.

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. Las actividades de la Plataforma de atención al usuario están reguladas por la Directiva Administrativa N°01.2017.V.01 "Para la Implementación y Funcionamiento de la Plataforma de Atención al Usuario en el Hospital Nacional Docente Madre Niño – San Bartolomé", aprobada mediante la Resolución Directoral N°084 -DG-HONADOMANI-SB-2017. 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 los procesos de atención al usuario.

VI. DIAGNOSTICO SITUACIONAL

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

Vamos a valorar la calidad de la atención en el HONADOMANI San Bartolomé a través de las tres dimensiones de la calidad: entorno, humana y técnica.

La dimensión entorno tiene que ver con los elementos tangibles de la prestación y los procesos de soporte de la atención médica. La dimensión humana tiene que ver con la información que brindamos a los usuarios y nuestra empatía con el paciente. La dimensión técnica tiene que ver con la capacidad de dar una respuesta técnica y basada en evidencia científica, es decir una atención segura.

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, que exploran aspectos relacionados a esta dimensión, como se muestra a continuación:

Tabla N°1. Grado de Satisfacción en la Dimensión "Aspectos Tangibles" en las Encuestas de Satisfacción del Usuario Externo 2017

ENCUESTA APLICADA	PORCENTAJE SATISFECHO
Consulta externa	61.1
Hospitalización	67.7
Emergencia	64.1



Como se puede apreciar, la población que acude a nuestro hospital, en términos generales, muestra satisfacción con los aspectos tangibles de la atención.

Sin embargo hay algunos aspectos puntuales que generan insatisfacción entre nuestros usuarios:

- En la encuesta de consulta externa, la insatisfacción llegó a un **47.6%** en los consultorios de Cirugía Pediátrica al preguntárseles sobre limpieza y comodidad del consultorio y la sala de espera.
- En la encuesta de hospitalización, la insatisfacción llegó a un **44.4%** en Gineco Obstetricia respecto a lo adecuado de la ropa de cama, colchón y frazadas.
- En la encuesta de emergencia de pediatría, la insatisfacción llegó a un **50.3%** respecto a contar con equipos y materiales necesarios para la atención.

Cuando centramos atención, no directamente al entorno, pero si en la oportunidad de la atención en los procesos de soporte a la atención médica, hallamos las siguientes insatisfacciones:

- En la encuesta de consulta externa, la insatisfacción llegó a un **69.1%** sobre la calidad de la orientación y explicación sobre los pasos y trámites a seguir en ginecobstetricia; **60.3%** de insatisfacción con la rapidez de la atención en caja o el modulo SIS (cirugía pediátrica), **58.8%** de insatisfacción con la puntualidad de la atención médica en el horario programado (GINECOOBSTETRICIA).
- En la encuesta de hospitalización, no se identificaron insatisfacciones adicionales.
- En la encuesta de emergencia de pediatría, la insatisfacción llegó a un **55.3%** respecto a la rapidez en la atención de farmacia y **53.2%** en la rapidez de la atención en caja o módulo de admisión.

Se puede afirmar que la satisfacción con los aspectos tangibles del hospital es buena, sin embargo los procesos alrededor de la atención medica requieren mejorar (informes, caja, SIS, admisión, farmacia)

2.- DIMENSION HUMANA

La dimensión humana de la atención se valora midiendo la experiencia del usuario, tanto en la información que se le brinda, como la amabilidad en el trato; el instrumento más cercano a este propósito son las encuestas de satisfacción. Los resultados generales han sido los siguientes:

Tabla N°2. Porcentaje de Satisfacción en las Encuestas de Satisfacción del Usuario Externo - 2017

ENCUESTA APLICADA	GENERAL	DIMENSION EMPATIA
Consulta externa	62.4	65.2
Hospitalización	68.4	67.6
Emergencia	62.4	64.3

Como se puede apreciar, la población que acude a nuestro hospital, en términos generales, muestra satisfacción con la atención recibida.



Sin embargo hay algunos aspectos que son susceptibles de mejora:

- En la encuesta de consulta externa, la insatisfacción llegó a un **59.4%** en los consultorios de Gineco Obstetricia y **57.1%** en Cirugía Pediátrica al preguntárseles si el personal le trato con amabilidad, respeto y paciencia.
- En la encuesta de hospitalización, la insatisfacción llegó a un **43.3%** en Cirugía Pediátrica respecto a comprensión de la información brindada por el medico sobre los medicamentos recibidos.
- En la encuesta de emergencia de pediatría, la insatisfacción llegó a un **45.4%** respecto a si el medico mantuvo suficiente comunicación para explicar el seguimiento del problema de salud, y si se mostró interés para solucionar cualquier problema presentado durante su atención.

Otra fuente que nos arroja información sobre la dimensión humana es el libro de reclamaciones. Cabe mencionar que la información generada tiene un valor relativo, considerando que alrededor del 45% de estos reclamos se consideran infundados.

En el año 2017 se registraron 263 reclamos en el libro de reclamaciones, de ellas el 40.2% corresponde a maltrato al usuario externo (113 reclamos), correspondiendo a la primera causa de reclamos. La mayoría de estos reclamos tienen su origen en la atención ambulatoria.

Se concluye que la dimensión humana no está afectada en nuestro hospital, sin embargo debe mejorarse el trato respetuoso en consulta externa de ginecología y cirugía pediátrica, así como la información dada por el médico en la atención del paciente pediátrico.

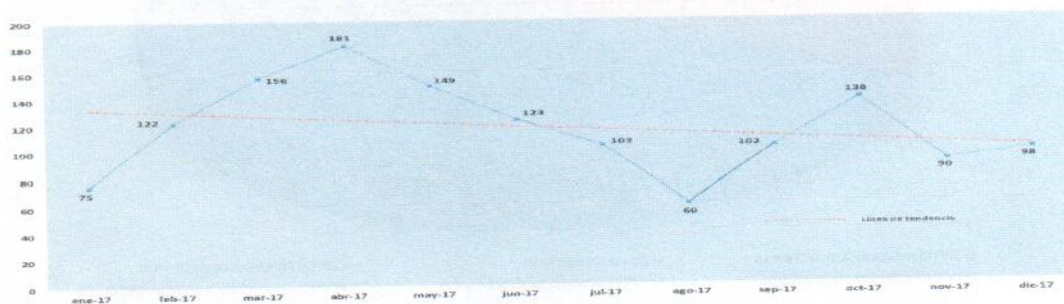
3.- DIMENSION TECNICA

La dimensión técnica tiene que ver fundamentalmente con la seguridad de la atención, por lo que las mejores fuentes para ilustrar esta dimensión es el sistema de notificación de eventos adversos.

INCIDENTES DE SEGURIDAD

En el año 2017 se han notificado un total de 1397 incidentes de seguridad, con una tendencia a la disminución a lo largo del año. (Gráfico N° 2).

Gráfico N° 2. Incidentes de Seguridad en el HONADOMANI San Bartolomé - 2017

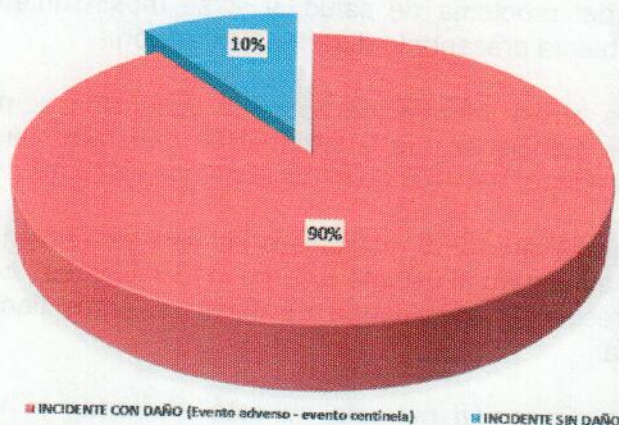


Fuente: Unidad de Seguridad del Paciente – OGC



Si revisamos los incidentes de seguridad según tipo, vemos que para el año 2017, el 90% de ellos corresponden a incidentes de seguridad con daño (Eventos adversos y eventos centinela) y solo el 10% a incidentes de seguridad sin daño (Gráfico N° 3). Comparativamente al año 2016 los incidentes de seguridad con daño se han incrementado (de 77% a 90%) y los incidentes de seguridad sin daño han disminuido (de 23% a 10%).

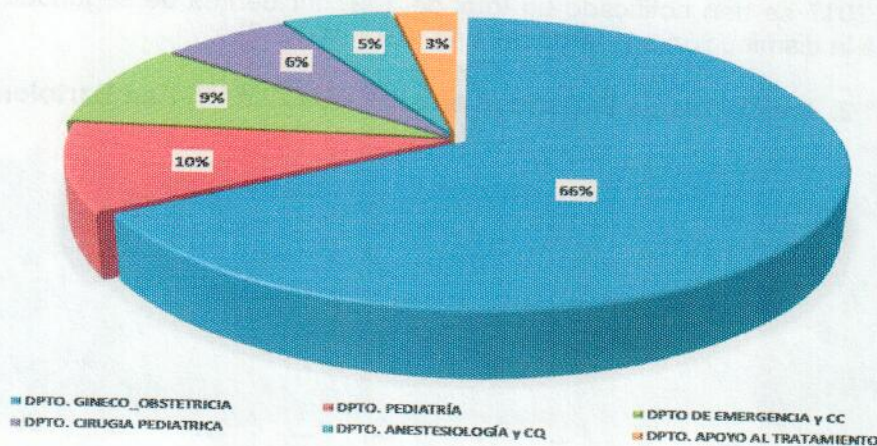
Gráfico N° 3. Incidentes de Seguridad según Tipo - 2017



Fuente: Unidad de Seguridad del Paciente – OGC

Al analizar la notificación de Incidentes de Seguridad por departamentos es el de Gineco-obstetricia el que a lo largo del 2017 ha reportado la mayor cantidad de incidentes de seguridad, reportando el 66% (923 casos) del total de casos ocurridos; en segundo lugar está el Departamento de Pediatría con 10% (138 casos); en tercer lugar el Departamento de Emergencias y Cuidados Críticos con 9% (127 casos) y en cuarto lugar el Departamento de Cirugía Pediátrica con 6% (89 casos), (Gráfico N° 4).

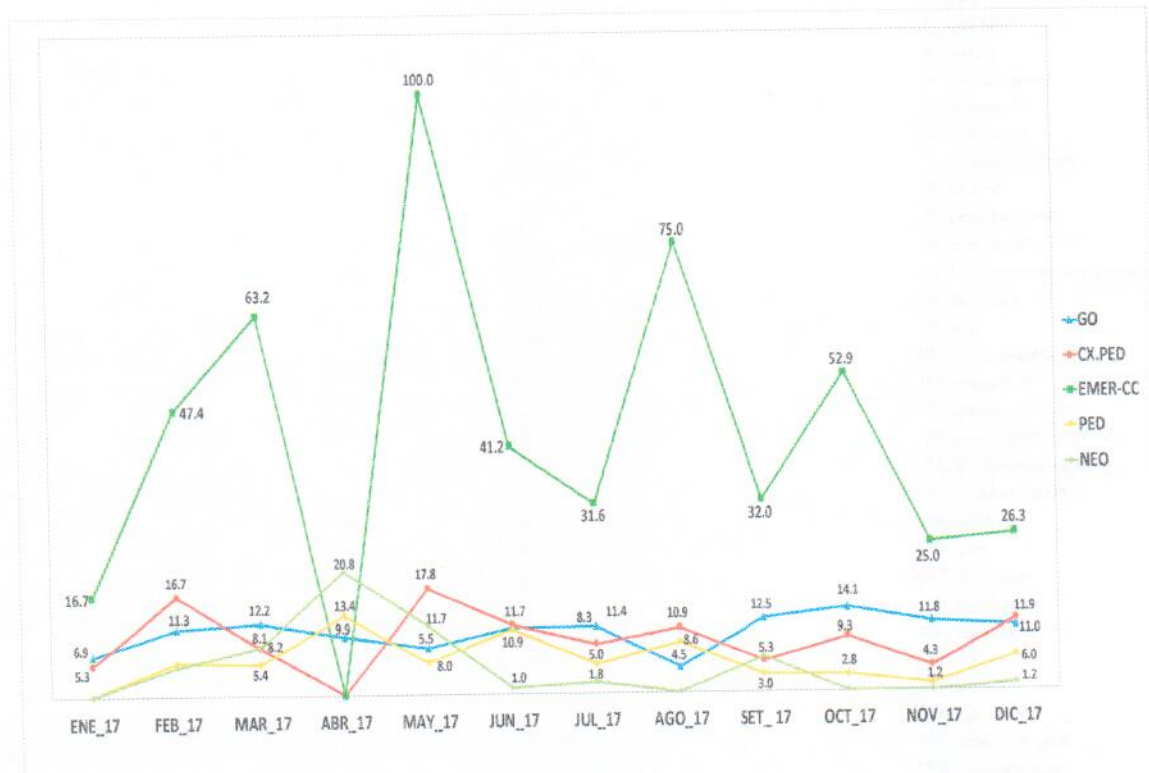
Gráfico N° 4. Incidentes de Seguridad del Paciente por Departamentos - 2017



Fuente: Unidad de Seguridad del Paciente – OGC

Analizando la ocurrencia de incidentes de seguridad por ingresos hospitalarios, durante el año 2017 es en el departamento de Emergencias y Cuidados Críticos en el que se reportó el mayor porcentaje de incidentes de seguridad en relación a sus ingresos hospitalarios (26.3%), seguido del Departamento de Cirugía Pediátrica (11.9%) y el Departamento de Gineco-Obstetricia (11%) (Gráfico N° 5).

Gráfico N° 5. Porcentaje de Incidentes de Seguridad por Ingresos Hospitalarios – 2017



Fuente: Unidad de Seguridad del Paciente – OGC

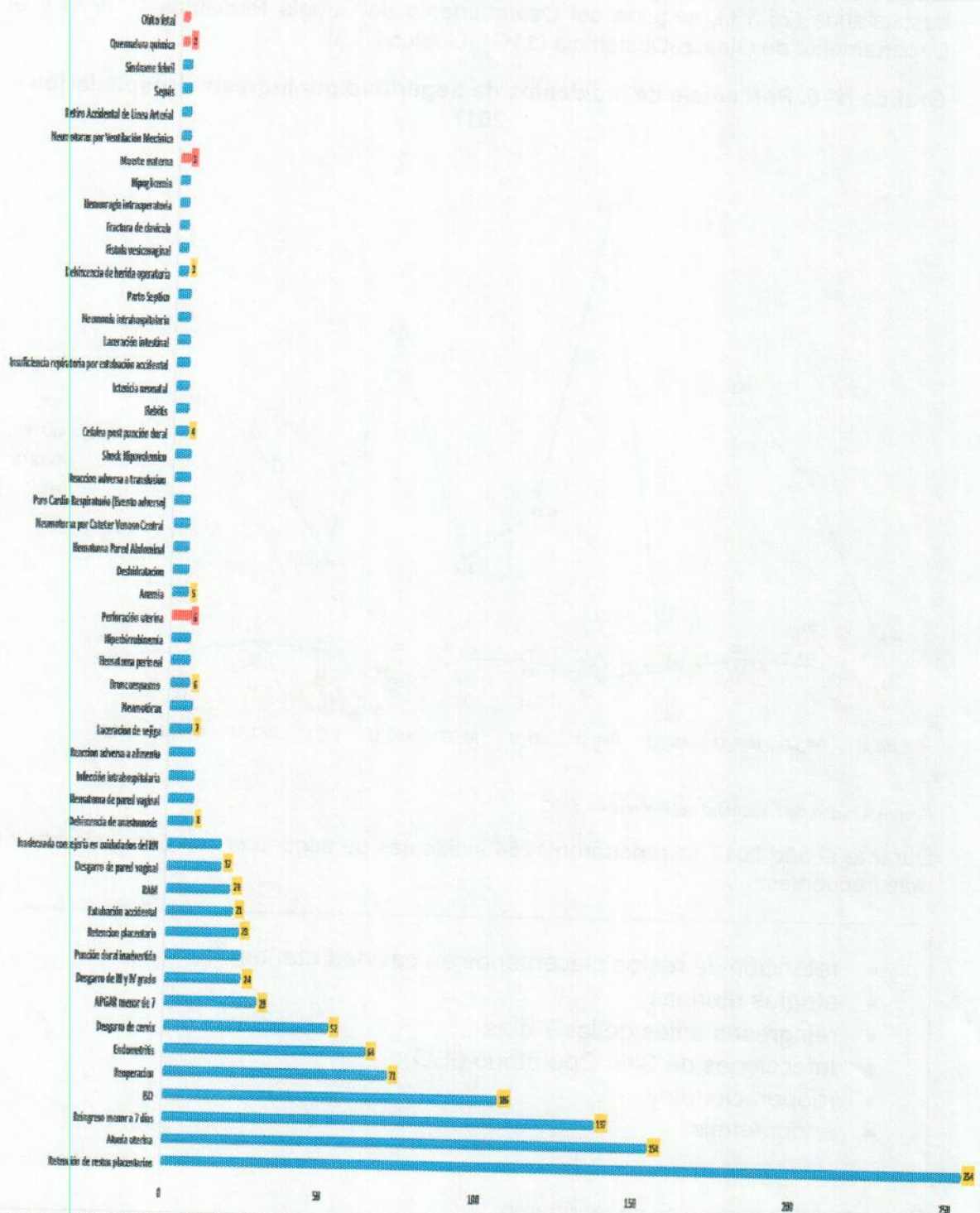
Durante al año 2017 se reportaron 1254 incidentes de seguridad con daño, siendo los más frecuentes:

- retención de restos placentarios en cavidad uterina
- atonías uterinas
- reingresos antes de los 7 días
- Infecciones de Sitio Operatorio (ISO)
- reoperaciones y
- endometritis.

Como eventos centinelas se reportaron:

perforación uterina (06), muerte materna (03), quemadura química (02), óbito fetal (02), muerte neonatal (01), muerte infantil (01), paro cardiorrespiratorio (01), muerte por neumonía intrahospitalaria (01) (Gráfico N° 6).

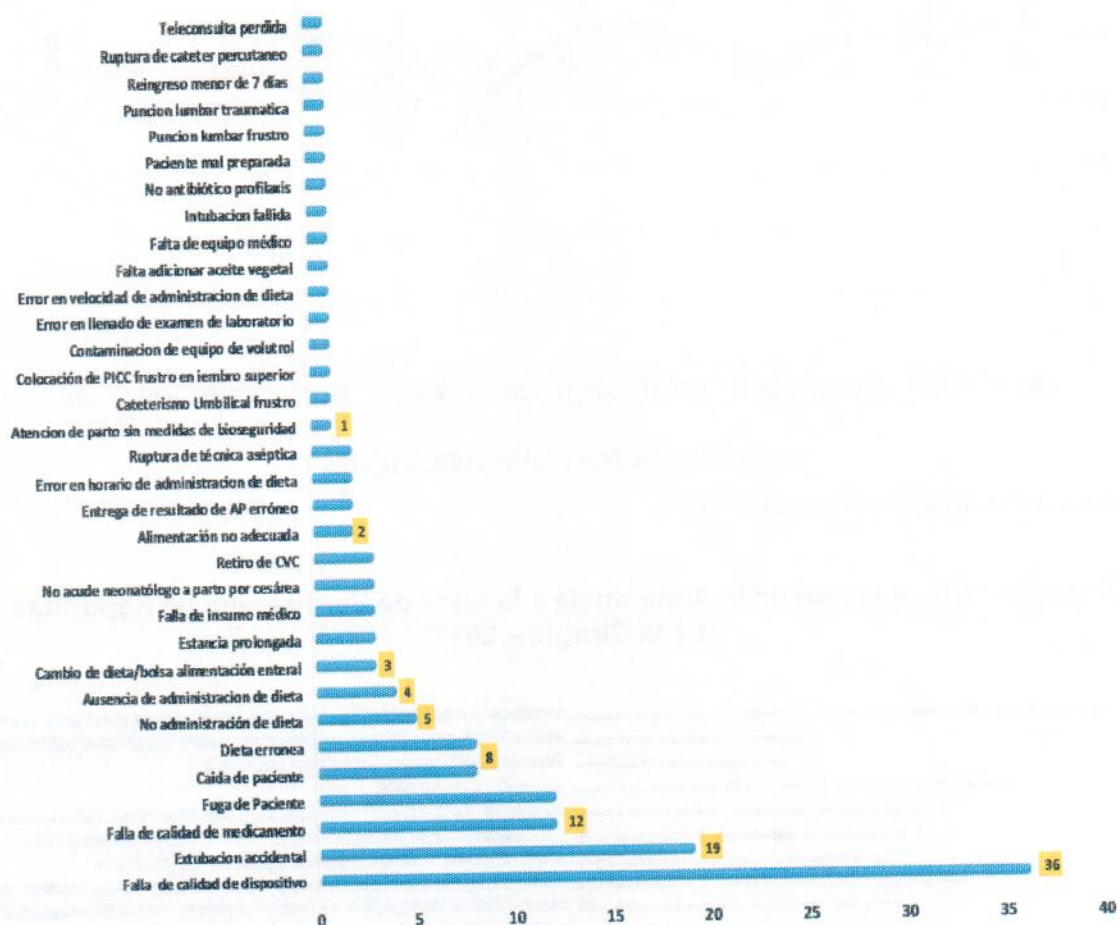
Gráfico N° 6. Incidentes Seguridad con Daño HONADOMANI - San Bartolomé – 2017



Fuente: Unidad de Seguridad del Paciente – OGC. De color rojo: eventos centinela.

En el año 2017 se reportaron 143 incidentes de seguridad sin daño, siendo los más frecuentes: falla de calidad de dispositivo médico, extubación accidental, falla de calidad de medicamento, fuga de paciente, caída de paciente e incidentes relacionados a la administración de la dieta (Gráfico N° 6).

Grafico N° 7. Incidentes Seguridad sin Daño HONADOMANI - San Bartolomé – 2017



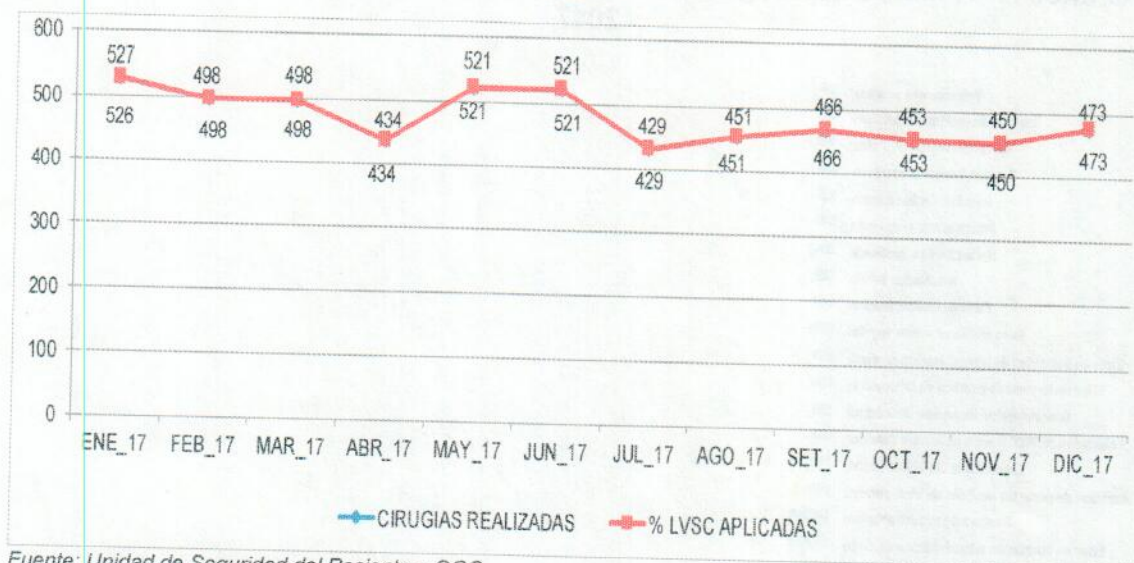
Fuente: Unidad de Seguridad del Paciente – OGC.

LISTA DE VERIFICACION DE LA SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA (LVSC)

De la evaluación de la aplicación de la lista de verificación de la cirugía segura durante el año 2017, se realizaron un total de 5,721 cirugías, habiéndose aplicado un total de 5,720 listas de verificación de cirugía segura, lo que representa una aplicación en el 99.99% del total de cirugías realizadas durante el período (Gráfico N° 8).

Durante el año 2017 se realizó la evaluación de la adherencia a la Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía, habiéndose verificado que la menor adherencia a la Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía se aprecia en los ítems relacionados a: la confirmación de que, el anestesiólogo, enfermera y cirujano realicen la verificación del no uso de celulares en SOP con solo 10% de cumplimiento; se confirma que el cirujano(a) y anestesiólogo(a) revisan riesgos anestésicos inesperados con solo 30% de cumplimiento y se confirma que anestesiólogo y cirujano revisan temas clave de recuperación, verbalizan y registran manejo posterior del paciente con solo 30% de cumplimiento (Gráfico N° 9).

Grafico N° 8. Aplicación de la Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía – 2017



Fuente: Unidad de Seguridad del Paciente – OGC

Grafico N° 9 Evaluación de la Adherencia a la Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía – 2017



Fuente: Unidad de Seguridad del Paciente – OGC

INDICADORES DE LA SEGURIDAD DEL PARTO

La Oficina de Gestión de la Calidad en el año 2017 ha realizado el monitoreo del comportamiento de un conjunto de indicadores, que forman parte del sistema de vigilancia de la atención del parto seguro en el hospital, con el objetivo de reducir los riesgos en la atención del mismo. En la Tabla N° 3, se muestra los valores de los indicadores antes referidos, comparados con sus estándares correspondientes y su evolución en los últimos cinco años.

Vemos que los indicadores relacionados a las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud son los que están por encima del promedio estándar, como la Tasa de Endometritis por Parto Vaginal, la Tasa de Endometritis por parto por Cesárea y la Tasa de Infecciones de Sitio Operatorio. Si bien es cierto que las tasas de endometritis por parto vaginal y parto por cesárea han ido disminuyendo en los últimos cinco años, estas aún se mantienen por encima del promedio nacional para la categoría de establecimiento (nivel III-1). Ello no ocurre con la tasa de Infecciones de Sitio Operatorio que se mantiene fluctuante y que en los últimos años se ha incrementado.

Tabla N° 3. Promedio Anual de los Indicadores de Seguridad del Parto - 2013 al 2017

Indicador	2013	2014	2015	2016	2017	Estándar - Fuente
ENDOMETRITIS POR PARTO VAGINAL casos x 100 partos vaginales	0.9	0.9	0.6	0.5	0.4	0.19 (promedio nacional Hospitales III-1)
ENDOMETRITIS POR PARTO POR CESAREA casos x100 cesáreas	3.5	2.9	3.9	2.7	1.9	0.57 (promedio nacional Hospitales III-1)
DESGARRO PERINEAL III/IV GRADO casos x 100 partos vaginales	1.03	0.5	0.47	0.73	0.77	0.52 (promedio Institucional)
FRACTURA DE CLAVICULA NEONATAL casos x 100 partos vaginales	-	3.19	2.15	1.66	2.07	3.18 (promedio Institucional)
EPISIOTOMIA EN PARTO VAGINAL casos x 100 partos vaginales	44.4	43.6	43.8	40.6	38.3	25 (estándar Internacional)
INFECCION DE SITIO OPERATORIO EN CESAREA casos x 100 cesáreas	2.38	1.56	3.3	2.9	3.0	1.34 (promedio nacional Hospitales III-1)
TASA DE INGRESO A UCCM casos x 1000 gestantes	2.56	4.80	4.18	4.94	5.26	3.12 (promedio Institucional)
RECIÉN NACIDOS CON DIAGNÓSTICO DE ASFIXIA NEONATAL casos x total de recién nacidos vivos	-	-	-	-	1.18	-
TRANSFUSIONES (Mayor de 1 unidad) casos x 100 transfusiones en gestantes	3.88	3.20	2.63	2.65	2.44	2.5 (promedio Institucional)

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

De los 9 indicadores que se evalúan y monitorean mes a mes, apreciamos que en el año 2017, solo dos indicadores se mantuvieron dentro de los estándares o por debajo como la tasa de fractura de clavícula neonatal y la Tasa de pacientes obstétricas que

recibieron transfusiones sanguíneas (mayor de 02 unidades); sin embargo, algunos indicadores duplican su valor en relación al estándar, como es el caso de la Tasa de Endometritis por Parto Vaginal, la Tasa de Endometritis por parto por Cesárea y la Tasa de Infecciones de Sitio Operatorio.

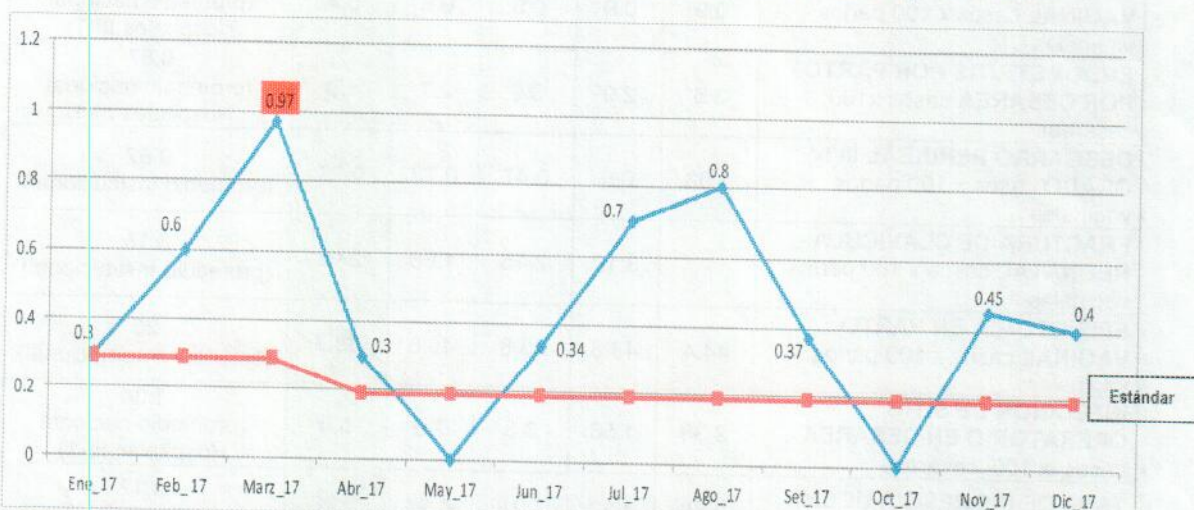
Tabla N° 4. Semaforización de los Indicadores de Seguridad del Parto - 2017

E en PV	E en PC	Desgarro III – IV	Episiotomía	Fractura Clavícula	Ingreso a UCI	Transfusión	ISO	Asfixia Neonatal
x2	x 2						x2	

Fuente: Unidad de Seguridad del Paciente – OGC

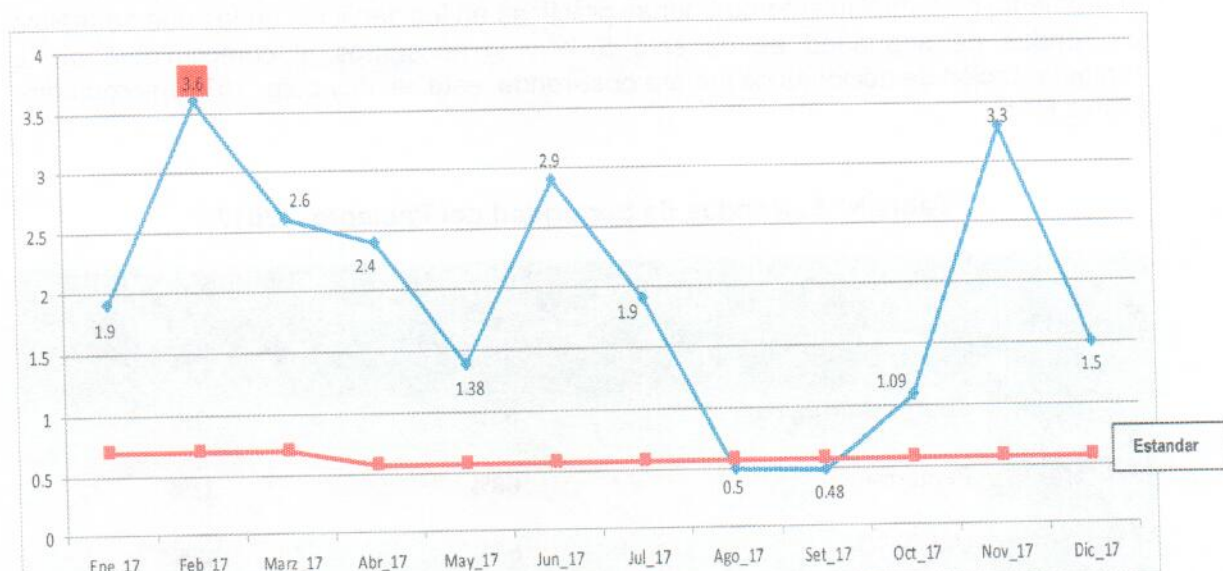
Los indicadores que están en relación al control de las infecciones intrahospitalarias son los que en el 2017 no han disminuido, por el contrario a lo largo del período se han mantenido en valores muy altos alcanzando incluso cifras que han sextuplicado y quintuplicado el valor de referencia, como la endometritis en parto por cesárea y la endometritis por parto vaginal respectivamente, en el caso de las infecciones de sitio operatorio post-cesárea su valor ha llegado a triplicar el valor de referencia promedio; en los Gráficos N° 10, Gráfico N° 11 y Gráfico N° 12, se muestra su comportamiento mensual durante el año 2017.

Gráfico N° 10. Tasa de Endometritis Puerperal en Parto Vaginal - 2017



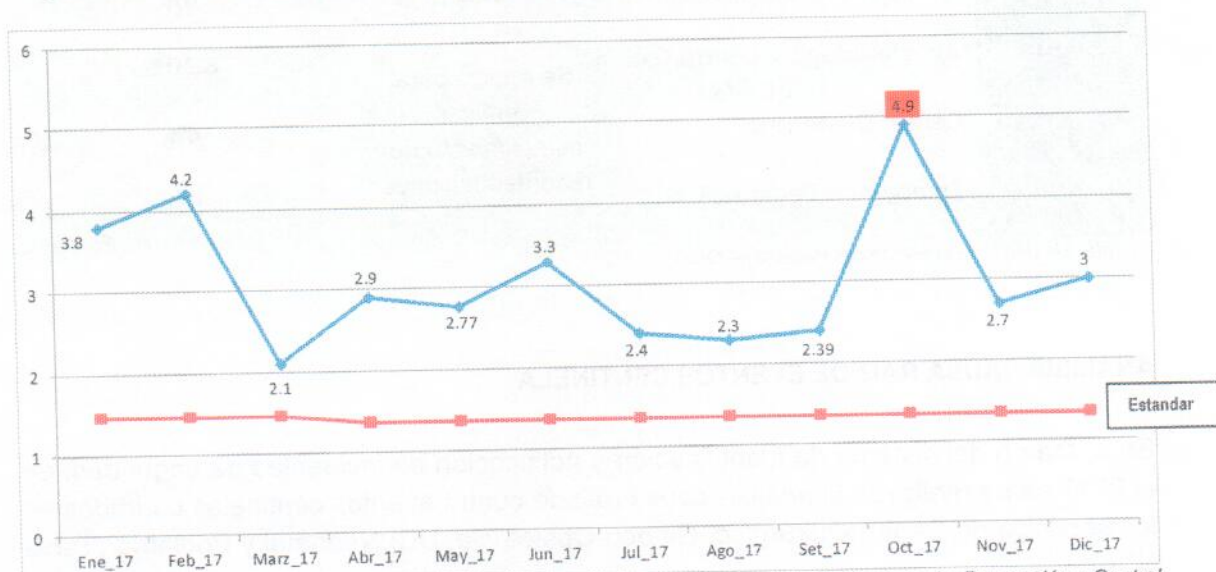
Leyenda: En azul = Tasa de endometritis por parto vaginal HONADOMANI SB. En rojo: Promedio nacional para nivel III-1 (0.19). (Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades del MINSA – marzo 2017). **Fuente:** Informe del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Tasas de IAAS diciembre 2017- HONADOMANI SB

Grafico N° 11. Tasa de Endometritis Puerperal en Parto por Cesárea - 2017



Leyenda: En azul = Tasa de endometritis por Cesárea HONADOMANI SB. En rojo: Promedio nacional para nivel III-1 (0.57). (Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades del MINSA – marzo 2017). **Fuente:** Informe del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Tasas de IAAS diciembre 2017- HONADOMANI SB

Grafico N° 12. Infección de Sitio Operatorio en Pacientes Post Cesárea - 2017



Leyenda: En rojo: Promedio nacional para nivel III-1 (1.34). (Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades del MINSA – marzo 2017). **Fuente:** Informe del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Tasas de IAAS diciembre 2017- HONADOMANI SB

RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

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 2017 se realizaron rondas de seguridad del paciente, en un total de nueve rondas prioritariamente en los servicios de mayor demanda y en algunos cuya naturaleza los

configura como críticos, como es el caso de centro quirúrgico, emergencia, OCEO y Centro Obstétrico.

El promedio de cumplimiento de buenas prácticas en los servicios en los que se realizó las rondas de seguridad es de solo 57% y si revisamos el cumplimiento de la implementación de acciones de mejora post-ronda, este es muy bajo (13% en promedio) (Tabla N° 5).

Tabla N° 5. Rondas de Seguridad del Paciente – 2017

MES	SERVICIO	CUMPLIMIENTO DE BUENAS PRACTICAS	CUMPLIMIENTO DE ACCIONES DE MEJORA POST-RONDA
Enero	Centro Quirúrgico	66%	8%
Febrero	Pediatría	68%	31%
Marzo	UCEO-GO	66%	38%
Abril	Cirugía Pediátrica	59%	23%
Mayo	Hospitalización Obstétrica	44%	0%
Junio	Hospitalización Neo	60%	0%
Setiembre	Anestesiología y Centro Qx.	Se realizó para verificar cumplimiento de recomendaciones	8.30%
Noviembre	Centro Obstétrico		4%
Diciembre	Emergencia Pediátrica		5%

Fuente: Unidad de Seguridad del Paciente – OGC

ANÁLISIS CAUSA RAÍZ DE EVENTOS CENTINELA

En el marco del sistema de identificación y notificación de incidentes de seguridad, en el 2017 se ha realizado el análisis causa raíz de cuatro eventos centinelas ocurridos en los servicios de Centro Quirúrgico, Gineco-Obstetricia, UCI Neonatal y Pediatría (Tabla N° 6).

Tabla N° 6. Análisis Causa Raíz de Eventos Centinela – 2017

MES	SERVICIO	EVENTO CENTINELA
Febrero	C. Quirúrgico	Paro Cardiorespiratorio
Julio	Gineco-Obstetricia	Muerte Materna
Agosto	UCI Neonatal	Muerte Neonatal
Setiembre	Pediatría	Muerte Infantil

AUDITORIA DE LA CALIDAD DE LA ATENCION

La auditoria de la calidad de la atención, también nos da información sobre la dimensión técnica, dado que permite contrastar lo actuado versus las guías de práctica clínica o el estado del arte de la medicina.

Las observaciones más frecuentes en las auditorias fueron en el siguiente orden:

- historia clínica deficiente
- plan de trabajo equivocado
- atención inoportuna
- falta de evaluación del médico asistente
- valoración inadecuada del paciente
- error diagnóstico

De toda la información presentada sobre lo realizado durante el año 2017; para el presente año 2018 debemos orientar nuestros esfuerzos a fortalecer la agenda de Seguridad, asumiendo nuevos retos, por lo que la unidad de Seguridad del Paciente requiere ser fortalecida, así mismo el presente plan debe contar con el Apoyo de las más altas autoridades de la Institución, así como la participación activa y responsable de los Jefes de Departamento y Servicio como también del personal Asistencial y Administrativo.

Es necesario continuar con la sensibilización y capacitación a los Jefes de Departamento y Servicio en temas de Seguridad del Paciente y gestión del riesgo, ello se constituye en un aspecto fundamental, como también el brindar asistencia técnica permanente para mejorar la identificación y notificación de Eventos Adversos por los mismos profesionales de la Salud.

Así mismo, continuar con la realización de las Rondas de Seguridad del paciente con un enfoque de "verificación e identificación de riesgos", como también de las buenas prácticas, que permita prevenir los incidentes de seguridad antes de que sucedan, para lo cual se debe continuar adaptando los instrumentos por servicios.

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



visitas inopinadas en centro quirúrgico para verificar su aplicación y mejorar la adherencia a la LVSC.

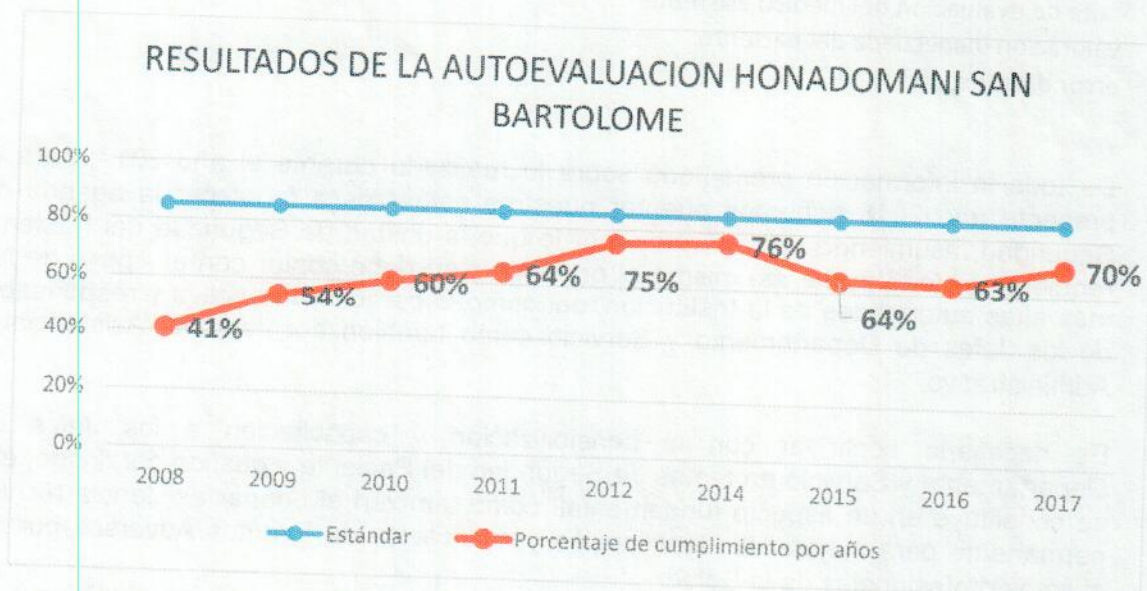
Un aspecto importante a desarrollar en el presente año, es realizar el monitoreo permanente de la implementación de las acciones de mejora derivadas de las rondas de seguridad del paciente, del análisis causa raíz, de los reportes de incidentes de seguridad del paciente, de la evaluación de los indicadores de seguridad del parto, entre otros.

Así mismo, es necesario fortalecer la adopción o adaptación de Guías de Práctica clínica, como un proceso de revisión y actualización de las actuales GPC aprobadas, previa priorización por departamentos.

4.- 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 2017 alcanzaron el 70%.

Grafico N° 13. Resultados de la Autoevaluación del 2008 al 2017



Se aprecia que los últimos resultados, se aprecia un incremento en 7 puntos respecto a la última autoevaluación.

Tabla N° 7. Porcentaje de Cumplimiento de la Autoevaluación por Categorías 2017

Categoría	%
Gestión	81.47
Prestacional	60.23
Apoyo	71.50

En esta tabla se aprecia que los macroprocesos con menos puntuación corresponden a los prestacionales, seguidos de los de apoyo. Sin embargo los macroprocesos prestacionales han mejorado respecto al año anterior donde se obtuvo un 49.7%, por el contrario los macroprocesos de apoyo no han mostrado ninguna mejora, manteniéndose en el mismo valor del año pasado.

Tabla N° 8. Semaforización del Cumplimiento por Macro Procesos en el Hospital San Bartolomé

MACROPROCESOS	PORCENTAJE
Direccionamiento	82.35
Gestión de recursos humanos	82.35
Gestión de la calidad	86.59
Manejo del riesgo de atención	83.52
Gestión de seguridad ante desastres	73.21
Control de la gestión y prestación	80.77
Atención ambulatoria	67.50
Atención de hospitalización	48.15
Atención de emergencias	60.53
Atención quirúrgica	73.40
Docencia e Investigación	47.62
Apoyo diagnóstico y tratamiento	68.18
Admisión y alta	47.14
Referencia y contrarreferencia	82.35
Gestión de medicamentos	55.77
Gestión de la información	93.48
Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización	84.48
Manejo del riesgo social	63.64
Manejo de nutrición de pacientes	70.59
Gestión de insumos y materiales	92.31
Gestión de equipos e infraestructura	44.12

■ 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), 8 macroprocesos alcanzaron calificación más del 50% y menos del 75% (anaranjado), 6 macroprocesos alcanzaron calificación entre el 75% y menos del 85% (amarillo) y finalmente 3 macroprocesos alcanzaron calificación más del 85% (verde).

Atención de hospitalización obtuvo un puntaje mayor al del 2017: 48.1% vs 41.6%, pero requiere seguir mejorando.

Docencia e Investigación obtuvo un puntaje menor al del 2017: 47.6% vs 92.8%, requiere revertir resultados.

Admisión y Alta obtuvo un puntaje mayor al del 2017: 47.1% vs 42.8%, pero requiere seguir mejorando.

Gestión de Equipos e Infraestructura obtuvo un puntaje menor al del 2017: 44.1% vs 73.5%, requiere revertir resultados.



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. OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Optimizar la Acreditación / Certificación Institucional
2. Desarrollar proyectos de mejora institucional de los procesos de atención
3. Fortalecer los mecanismos de atención e información al usuario
4. Conocer el grado de satisfacción del usuario externo
5. Fortalecer las buenas prácticas de atención y gestión del riesgo
6. Monitorear y evaluar los riesgos de la atención
7. Estandarizar los procesos en la atención clínica
8. Verificar la Calidad de Atención Técnica en Salud
9. Fortalecer la Organización de la Calidad
10. Control de las IAAS

IX. PROGRAMACION DE ACTIVIDADES POR OBJETIVO ESPECÍFICO

1. **Optimizar la Acreditación / Certificación Institucional**
Desarrollo del Plan de Mejora Post Autoevaluación
Desarrollo de la Autoevaluación
Preparación para la Certificación ISO
Evaluación Externa para la Certificación ISO
2. **Desarrollar proyectos de mejora institucional de los procesos de atención**
Identificación y priorización de proyectos de mejora
Implementación de PMC priorizados
3. **Fortalecer los mecanismos de atención e información al usuario**
Gestión de la atención al usuario (PAU)
Gestión de los reclamos del Libro de Reclamaciones
4. **Conocer el grado de satisfacción del usuario externo**
Medición del tiempo de espera
Medición de la satisfacción del usuario externo
5. **Fortalecer las buenas prácticas de atención y gestión del riesgo**
Ejecución de rondas de seguridad
Evaluación de la aplicación de la Lista de verificación de cirugía segura
6. **Monitorear y evaluar los riesgos de la atención**
Registro, Notificación y Análisis de la ocurrencia de Eventos Adversos en Salud

Vigilancia de los indicadores de la seguridad del paciente

7. **Estandarizar los procesos en la atención clínica**
Implementación de Guías de Práctica Clínica
Implementación de Guías de Procedimiento Asistencial
Adherencia a Guías de Práctica Clínica por UPSS
8. **Verificar la Calidad de Atención Técnica en Salud**
Desarrollo de Auditoría de la Calidad de Atención
9. **Fortalecer la Organización de la Calidad**
Desarrollo del Plan de Gestión de la Calidad
Elaboración y desarrollo de Proyectos de investigación en Calidad en Salud, orientados a la mejora de la calidad de atención en salud.
10. **Control de las IAAS**
Reporte de Implementación de los Lineamientos para la Prevención y Control de las IAAS
Reporte de la Implementación del proceso de higiene de manos desarrollado por epidemiología

X. RESPONSABILIDADES

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

Según su responsabilidad funciona la Oficina de Epidemiología es responsable del objetivo 10.

XI. ANEXOS

Matriz de Programación del Plan de Gestión de la Calidad 2018 del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé.



MATRIZ DE PROGRAMACIÓN DEL PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD 2018 DEL HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO SAN BARTOLOMÉ

OBJETIVO	INDICADOR	ACTIVIDAD	TAREA	UNIDAD DE MEDIDA	UNIDAD ORGANICA	TOTAL 2018	PROGRAMACIÓN 2018											
							EN	FE	MA	AB	MA	JU	JU	AG	SE	OC	NO	DI
Optimizar la Acreditación / Certificación Institucional	IND 1: Incremento en el porcentaje de los resultados de la autoevaluación: 5 puntos (en relación a la última AE).	Desarrollo del Plan de Mejora Post Autoevaluación	Elaborar el Plan de Mejora Post Autoevaluación	Un (01) Documento	OGC- U Garantía de Calidad	1		1										
			Seguimiento al cumplimiento del Plan de Mejora Post Autoevaluación	Dos (01) Informes de seguimiento	OGC- U Garantía de Calidad	2			1			1						
		Desarrollo de la Autoevaluación	Proponer listado de evaluadores internos	Un (01) Informe	OGC- U Garantía de Calidad	1			1									
			Desarrollar actividad de capacitación de evaluadores internos	Un (01) Informe de capacitación	OGC- U Garantía de Calidad	1						1						
			Elaborar el Plan de Autoevaluación	Una (01) Resolución Directoral	Dirección General	1								1				
	IND 2: Cumplimiento de los criterios de certificación de un servicio asistencial/oficina	Preparación para la Certificación ISO	Ejecución de Autoevaluación	Formatos cumplimentados	OGC- U Garantía de Calidad	1									1			
			Cumplir el Proceso de Autoevaluación según la Norma Técnica de Salud: Acreditación de EESS y Servicios Médicos de Apoyo.	Un (01) Informe de autoevaluación	OGC- U Garantía de Calidad	1										1		
			Elaborar Plan de actividades según diagnósticos situacional establecido en informe de Consultoría	Un (01) Documento	OGC- U Garantía de Calidad	1						1						
			Reuniones de trabajo para implementar el Plan de actividades	Tres (03) Actas	OGC- U Garantía de Calidad	2						1						
			Desarrollar la evaluación externa	Un (01) Informe	OGC- U Garantía de Calidad	1											1	
Desarrollar proyectos de mejora institucional de los procesos de atención	IND 3: Porcentaje de proyectos de mejora en fase de implementación: => 50%	Identificación y priorización de proyectos de mejora	Identificar los procesos críticos institucionales	Un (01) Informe Técnico	OGC- U Mejora Continua de la Calidad	1		1										
			Priorizar los procesos críticos institucionales	Un (01) Informe Técnico	OGC- U Mejora Continua de la Calidad	1		1										
			Capacitar al equipo de mejora continua	Un (01) Informe de capacitación	OGC- U Mejora Continua de la Calidad	1				1								
			Asistencia técnica a equipos de mejora para el desarrollo de PMC.	Dos (02) Informes	OGC- U Mejora Continua de la Calidad	2						1						1
			Desarrollo de acciones de mejora	Informes	OGC- U Mejora Continua de la Calidad	4				1			1					1
	Implementación de PMC priorizados	Gestión de la atención al usuario (PAU)	Seguimiento de la implementación de Proyectos de mejora priorizados	Dos (02) Informes	OGC- U Mejora Continua de la Calidad	2							1					1
			Entrenar al personal del PAU en gestión atención del usuario	Dos (02) Informes de capacitación	OGC- U Mejora Continua de la Calidad	2					1							1
			Entrenar al personal del PAU y personal de los servicios en Humanización de la Atención.	Dos (02) Informes de capacitación	OGC- U Mejora Continua de la Calidad	2							1					1

MATRIZ DE PROGRAMACIÓN DEL PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD 2018 DEL HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO SAN BARTOLOMÉ

OBJETIVO	INDICADOR	ACTIVIDAD	TAREA	UNIDAD DE MEDIDA	UNIDAD ORGANICA	TOTAL 2018	PROGRAMACIÓN 2018											
							EN	FE	MA	AB	MA	JU	JU	AG	SE	OC	NO	DI
Fortalecer los mecanismos de atención e información al usuario	IND 4: Porcentaje de reclamos atendidos oportunamente: 100%	Atención de las sugerencias y reclamos de atención inmediata de los usuarios externos.	Atender los reclamos de los usuarios externos presentados en el Libro de Reclamaciones.	Dos (02) Informes	OGC- U Mejora Continua de la Calidad	2						1						1
		Gestión de los reclamos del Libro de Reclamaciones	Atender los reclamos de los usuarios externos presentados en el Libro de Reclamaciones.	Doce (12) Reportes de reclamos registrados / reclamos resueltos	OGC- U Mejora Continua de la Calidad	12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
			Autoevaluar según los criterios utilizados por SUSALUD para supervisar el Libro de Reclamaciones y la P.A.U.S.	Dos (02) Informes de autoevaluación PAU	OGC- U Mejora Continua de la Calidad	2				1						1		
			Elaborar Plan de mediciones de tiempo de espera	Plan elaborado	OGC- U Mejora Continua de la Calidad	1					1							
Conocer el grado de satisfacción del usuario externo	IND 5: Reducción del tiempo de espera	Medición del tiempo de espera	Elaborar Informe de Tiempo de espera	Un (01) Informe de Tiempo de Espera	OGC- U Mejora Continua de la Calidad	1						1						
			Capacitar y organizar a los encuestadores	Actes de reunión	OGC- U Mejora Continua de la Calidad	1							1					
			Elaborar Informes de Encuesta de Satisfacción del Usuario (consulta externa /hospitalización/ emergencia)	Tres (03) Informes de encuestas de satisfacción a usuarios externos	OGC- U Mejora Continua de la Calidad	3							1	2				
			Elaborar Plan de Rondas de Seguridad	Plan de rondas de Seguridad elaborado	OGC- U Seguridad del Paciente	1	1											
Fortalecer las buenas prácticas de atención y gestión del riesgo	IND 7: Incremento del cumplimiento de las buenas prácticas en los servicios: >=60%	Ejecución de rondas de seguridad	Ejecutar las rondas de seguridad	Doce (12) Reportes de rondas de seguridad	OGC- U Seguridad del Paciente	12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
			Aplicación de la LVCS	Doce (12) Reportes de aplicación de LVCS	OGC- U Seguridad del Paciente	12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	IND 8: Incrementar el porcentaje de adherencia a los verificadores de la LVSC: >=10%	Evaluación de la aplicación de la Lista de verificación de cirugía segura	Supervisión de la Aplicación de la LVCS	Tres (03) Informes de supervisión	OGC- U Seguridad del Paciente	3				1								1
			Aplicación de la encuesta para la implementación de la LVSC	Dos (02) Informes	OGC- U Seguridad del Paciente	2						1						1
Monitorear y evaluar los riesgos de la atención			Consolidación y análisis reportes de incidentes de seguridad	Doce (12) Informes de incidentes de seguridad	OGC- U Seguridad del Paciente	12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
			Desarrollo de Análisis causal de eventos adversos (ACR)	Seis (06) Informes de ACR	OGC- U Seguridad del Paciente	4						1						1
			Vigilancia de los indicadores de la seguridad del paciente	Doce (12) Informes de indicadores de seguridad de la seguridad del paciente	OGC- U Seguridad del Paciente	12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
			Implementación de Guías de Práctica Clínica	Un (01) Reporte del Listado de GCP oficializadas con RD x UPSS.	OGC- U Seguridad del Paciente	1						1						
Estandarizar los procesos en la atención clínica	IND 10: Porcentaje de adherencia a las GPC: >= 60%	Implementación de Guías de Procedimiento Asistencial	Desarrollo de las Guías de Procedimiento	Un (01) Reporte del Listado de GP oficializadas con RD x UPSS.	OGC- U Seguridad del Paciente	1						1						
			Adherencia a guías de práctica clínica por UPSS (%)	Dos (02) Informes de evaluación de la Adherencia	OGC- U Seguridad del Paciente	2					1							1



MATRIZ DE PROGRAMACIÓN DEL PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD 2018 DEL HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO SAN BARTOLOMÉ

OBJETIVO	INDICADOR	ACTIVIDAD	TAREA	UNIDAD DE MEDIDA	UNIDAD ORGANICA	TOTAL 2018	PROGRAMACIÓN 2018											
							EN	FE	MA	AB	MA	JU	JU	AG	SE	OC	NO	DI
Verificar la Calidad de Atención Técnica en Salud	IND 11: Porcentaje de cumplimiento de las recomendaciones de las auditorías: >= 60%	Desarrollo de Auditoría de la Calidad de Atención	Plan anual de auditoría de la Calidad de atención (cronograma).	Una (01) Resolución Directoral de aprobación	OGC- U Garantía de Calidad	1		1										
			Designación formal de auditores del Comité de Auditoría Médica y Comité de Auditoría en Salud	Una (01) Resolución de conformación del Comité de Auditoría	OGC- U Garantía de Calidad	1		1										
			Desarrollo de auditorías médicas	Informes de auditorías médicas realizadas	OGC- U Garantía de Calidad	7		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
			Desarrollo de auditorías en salud	Informes de auditorías en salud realizadas	OGC- U Garantía de Calidad	4			1			1			1			1
			Ejecución del Plan Anual de Gestión de la Calidad y Derechos de las Personas.	Cuatro (04) Informes sobre la Ejecución del Plan Anual de Gestión de la Calidad	OGC	4	1			1			1			1		
Fortalecer la Organización de la Calidad	IND 12: Porcentaje de Cumplimiento del Plan de Gestión de la Calidad: >=80%	Desarrollo del Plan de Gestión de la calidad Elaboración y desarrollo de Proyectos de investigación en Calidad en Salud, orientados a la mejora de la calidad de atención en salud.	Desarrollar proyecto de investigación	Un (01) Proyecto de investigación elaborado.	OGC	1			1									
			Solicitar Informes de implementación de los Lineamientos para la Prevención y Control de las IAAS	Cuatro (04) Informes en relación al porcentaje de implementación de los seis lineamientos para la Prevención y Control de las IAAS	Oficina de Epidemiología	4			1			1			1		1	
			Solicitar informes de la implementación del proceso de higiene de manos desarrollado por epidemiología	Cuatro (04) informes sobre porcentaje de cumplimiento de adherencia a técnica de higiene de manos	Oficina de Epidemiología	4			1			1			1		1	





UNIVERSITY OF CALIFORNIA, BERKELEY
OFFICE OF THE CHANCELLOR
100 SHALICE DRIVE
BERKELEY, CALIFORNIA 94720-1680
TEL: (415) 495-1000
FAX: (415) 495-1001
WWW: WWW.CAL.EDU