



## Resolución Directoral

Lima, 05 de Abril de 2018

Visto, el expediente N° 03913-18;

### CONSIDERANDO:

Que, la Ley N° 26842, Ley General de Salud establece en su artículo VI del Título Preliminar. Señala que: 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 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 Resolución Ministerial N° 850-2016/MINSA de fecha 28 de octubre del 2016, se resuelve aprobar las "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; dentro de este contexto, el numeral 6.1.4. Documento Técnico, la cual establece que "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. Lo respalda, difunde y facilita su disponibilidad para que sirva de consulta o referencia, sobre aspectos relativos al tema que se aboca...se consideran Documentos Técnicos aquellos que abordan aspectos como "Doctrinas", "Lineamientos de Políticas", "Sistemas de Gestión de la Calidad", "Planes(de diversa naturaleza)...";

Que, mediante Nota Informativa N°052-2018-OGC-HONADOMANI-SB, el Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad remite el DOCUMENTO TÉCNICO: "Plan de Mejora Continua de la Calidad 2018", al Director General del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé", solicitando su aprobación y oficialización;

Que mediante Memorando N°095.2018.DG.HONADOMANI.SB, el Director General del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé" aprueba lo peticionado solicitando 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";

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 MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD 2018"** en el Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé", el cual consta de dieciséis (16) páginas y 03 anexos, que forman parte integrante de la presente Resolución Directoral.

**Artículo Segundo.- Disponer** que la Oficina de Gestión de la Calidad, la responsabilidad de su difusión y cumplimiento del DOCUMENTO TÉCNICO "PLAN DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD 2018" en el Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé".

**Artículo Tercero.- Disponer** a la Oficina de Estadística e Informática, la publicación del DOCUMENTO TÉCNICO "PLAN DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD 2018", en el portal de la página web institucional ([www.sanbartolome.gob.pe](http://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/RPAG/Jmchb  
CC.

• DA  
• OGC  
• OAJ  
• Archivo  
• DCI  
• DEI

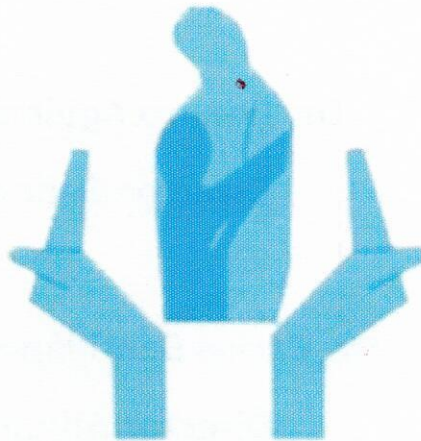
MINISTERIO DE SALUD  
SECCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD  
HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO  
SAN BARTOLOME  
Documento Autenticado

SR. RODOLFO MELCHOR ANICAMA GÓMEZ  
FEDATARIO

Reg. N° ..... Fecha: 09 ABR. 2018

HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO  
"SAN BARTOLOME"

OFICINA DE GESTION DE LA CALIDAD



**DOCUMENTO TECNICO:**  
**"PLAN DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD" -**  
**2018**



**Marzo 2018**





**Dr. Ildauro Aguirre Sosa**

**Director General**

**Dr. Carlos Santillán Ramirez**

**Director Adjunto**

**Dr. Álvaro Santivañez Pimentel**

**Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad**

**Lic. Gloria E. Asmat Bautista**

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





## INDICE

|                                                                   | Pág. |
|-------------------------------------------------------------------|------|
| I. INTRODUCCIÓN.....                                              | 4    |
| II. FINALIDAD.....                                                | 5    |
| III. BASE LEGAL.....                                              | 5    |
| IV. ÁMBITO DE APLICACIÓN.....                                     | 5    |
| V. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL.....                                   | 5    |
| VI. OBJETIVO GENERAL.....                                         | 16   |
| VII. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....                                   | 16   |
| VIII. PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES POR OBJETIVOS ESPECÍFICOS ..... | 16   |
| IX. RESPONSABILIDADES.....                                        | 16   |
| X. ANEXOS.....                                                    | 16   |





## I.- INTRODUCCION

La Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé" inició sus funciones formalmente en el mes de Mayo del 2002, según Resolución Directoral N° 130-SA-OP-HONADOMANI-SB-2002 desde entonces ha implementado estrategias y desarrollado acciones orientadas a mejorar la calidad de la prestación de nuestros servicios, así como de los procesos asistenciales y administrativos.

El Sistema de Gestión de la Calidad aprobado por RM N° 519-2006/ MINSA define el marco de las acciones de la Oficina de Gestión de la Calidad, teniendo como objetivo general *"Mejorar continuamente la calidad de los servicios, recursos y tecnologías del sector salud, mediante el desarrollo de una cultura de calidad, sensible a las necesidades y expectativas de los usuarios internos y externos que sea claramente percibida por la población"* y entre sus objetivos específicos el *"Lograr la satisfacción de los usuarios del servicio"*.

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

En el marco de los objetivos señalados la Oficina de Gestión de la Calidad ha programado en el presente año 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 de calidad que permita tener el mayor porcentaje de usuarios satisfechos con la atención recibida.

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 Acciones y Proyectos de mejora que minimicen los riesgos y los índices de insatisfacción para el logro de los objetivos institucionales trazados con un enfoque de Gestión por procesos, Promoción y Protección de los Derechos de los Usuarios.





## II.- FINALIDAD

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

## III.- BASE LEGAL

- Ley N° 26842, Ley General de Salud.
- Ley N° 29344, Ley Marco del Aseguramiento Universal en Salud.
- Decreto Supremo N° 042 – 2011-PCM, Aprueba la obligación de las Entidades del Sector Público de contar con un Libro de Reclamaciones.
- Decreto Supremo N° 031-2014-SA.- que aprueba Reglamento de Infracciones y Sanciones de la Superintendencia Nacional de Salud – SUSALUD
- Decreto Supremo N° 027-2015-SA.- Reglamento de la Ley 29414, que establece el derecho de las personas usuarias de los Servicios de Salud.
- Decreto Supremo N° 030-2016-SA.- Reglamento para la atención de Reclamos y Quejas de los usuarios de las Instituciones Administradoras de Aseguramiento en salud – IAFAS, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud – IPRESS y Unidades de Gestión de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud – UGIPRESS, públicas, privadas o mixtas.
- Resolución Ministerial 884-2003-SA/DM, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé.
- Resolución Ministerial N° 519-2006-SA/DM, que aprueba el "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud".
- Resolución Ministerial N° 596-2007/MINSA, que aprueba el "Plan Nacional de Gestión de la Calidad en Salud".
- Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: "Política Nacional de Calidad en Salud".
- Resolución Ministerial N° 527-2011/MINSA, que aprueba la "Guía Técnica para la Evaluación de la Satisfacción del Usuario Externo en los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".
- Resolución Ministerial N° 367-2016/MINSA, que aprueba el Plan Estratégico Sectorial Multianual (PESEM) 2016 – 2021.
- Resolución Ministerial N° 850-2016/MINSA, que aprueba las "Normas para la elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud".
- Resolución Ministerial N° 1134 -2017/MINSA, que aprueba la Directiva Administrativa N° 245-OGPPM/MINSA "Lineamientos para la implementación de la Gestión por Procesos y procedimientos en el Ministerio de Salud".

## 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:

1. Resultados de Evaluación de la Satisfacción de los usuarios externos.
2. Informe Anual del Libro de reclamaciones.





3. Reporte Anual de Incidentes de seguridad del paciente.
4. Reporte Anual de Indicadores de Seguridad de la atención del parto.
5. Reporte Anual de Rondas de Seguridad.
6. Resultados de Autoevaluación para la Acreditación.
7. Informe Epidemiológico sobre tendencia de Infecciones asociadas a la Atención de Salud del Hospital.
8. Reporte anual de Análisis Causa Raíz.
9. Informe Anual de Auditorias en Salud.

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

Tabla N° 1.- Porcentajes de Satisfacción de los usuarios con la atención recibida en Consulta externa – Emergencia – Hospitalización. HONADOMANI "San Bartolomé" – Noviembre 2017

| AREA             | PORCENTAJE DE SATISFACCION (%) por DEPARTAMENTOS |           |                    | GENERAL |
|------------------|--------------------------------------------------|-----------|--------------------|---------|
|                  | GINECO OBSTETRICIA                               | PEDIATRIA | CIRUGIA PEDIATRICA |         |
| CONSULTA EXTERNA | 47.1                                             | 76.4      | 55.7               | 62.4    |
| EMERGENCIA       | 74.2                                             | 55.1      | -                  | 62.4    |
| HOSPITALIZACION  | 77.7                                             | 71.6      | 66.5               | 68.4    |

Fuente: Oficina de Gestión de la Calidad. HSB

Tabla N° 2.- Resultados de satisfacción e insatisfacción en General según preguntas relacionadas a BUEN TRATO – Consulta Externa. HONADOMANI.SB.2017

| N°    | Preguntas                                                                                                                                   | Satisfechos (%) | Insatisfechos (%) |
|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-------------------|
| 1     | ¿El personal de informes le orientó y explicó de manera clara y adecuada sobre los pasos o trámites para la atención en consulta externa?   | 50.65           | 49.35             |
| 2     | ¿Su atención se realizó respetando la programación y el orden de llegada?                                                                   | 58.48           | 41.52             |
| 3     | ¿Se respetó su privacidad durante su atención en consultorio?                                                                               | 62.39           | 37.61             |
| 4     | ¿El personal de consulta externa le trató con amabilidad, respeto y paciencia?                                                              | 56.52           | 43.48             |
| 5     | ¿Usted comprendió la explicación que le brindó el médico sobre el tratamiento que recibirá: tipo de medicamentos, dosis y efectos adversos? | 66.3            | 33.70             |
| 6     | ¿Los consultorios contaron con equipos disponibles y materiales necesarios para su atención?                                                | 69.78           | 30.22             |
| Total |                                                                                                                                             | 60.69           | 39.31             |

Fuente: Oficina de Gestión de la Calidad.-UMC-HONADOMANI

El 60.6% de los usuarios en general se encontraron satisfechos respecto al BUEN TRATO en consultorios externos, siendo el estándar esperado  $\geq 75\%$ . El porcentaje de satisfacción con el buen trato en consulta externa del Departamento de Gineco obstetricia fue de 43.62%, Pediatría 75.47% y de 55.8% con el Departamento de Cirugía Pediátrica.

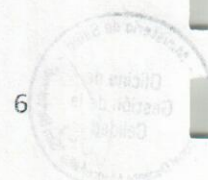




Tabla N° 3.- Resultados de satisfacción e insatisfacción en General según preguntas  
Consulta Externa - HONADOMANI.SB.2017

| Preguntas                                                                                                                                       | Satisfecho (+) | Insatisfecho(-) |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|-----------------|
|                                                                                                                                                 | %              | %               |
| P1 ¿El personal de informes le orientó y explicó de manera clara y adecuada sobre los pasos o tramites para la atención en consulta externa?    | 50.65          | 49.35           |
| P2 ¿El médico le atendió en el horario programado?                                                                                              | 56.30          | 43.70           |
| P3 ¿Su atención se realizó respetando la programación y el orden de llegada?                                                                    | 58.48          | 41.52           |
| P4 ¿Su historia clínica se encontró disponible para su atención?                                                                                | 63.26          | 36.74           |
| P5 ¿Usted encontró citas disponibles y las obtuvo con facilidad?                                                                                | 58.04          | 41.96           |
| P6 ¿La atención en caja o en el módulo de admisión del SIS fue rápida?                                                                          | 56.30          | 43.70           |
| P7 ¿La atención para tomarse análisis de laboratorio fue rápida?                                                                                | 70.00          | 30.00           |
| P8 ¿La atención para tomarse exámenes radiológicos fue rápida?                                                                                  | 73.26          | 26.74           |
| P9 ¿La atención en farmacia fue rápida?                                                                                                         | 62.39          | 37.61           |
| P10 ¿Se respetó su privacidad durante su atención en consultorio?                                                                               | 62.39          | 37.61           |
| P11 ¿El médico le realizó un examen físico completo y minucioso por el problema de salud por el cual fue atendido?                              | 62.17          | 37.83           |
| P12 ¿El médico le brindó el tiempo necesario para contestar sus dudas o preguntas sobre su problema de salud?                                   | 63.70          | 36.30           |
| P13 ¿El médico que le atendió le inspiró confianza?                                                                                             | 66.96          | 33.04           |
| P14 ¿El personal de consulta externa le trató con amabilidad, respeto y paciencia?                                                              | 56.52          | 43.48           |
| P15 ¿El médico que le atendió mostró interés en solucionar su problema de salud?                                                                | 63.91          | 36.09           |
| P16 ¿Usted comprendió la explicación que el médico le brindó sobre su problema de salud o resultado de su atención?                             | 69.13          | 30.87           |
| P17 ¿Usted comprendió la explicación que le brindó el médico sobre el tratamiento que recibirá: tipo de medicamentos, dosis y efectos adversos? | 66.30          | 33.70           |
| P18 ¿Usted comprendió la explicación que el médico le brindó sobre los procedimientos o análisis que le realizarán?                             | 70.00          | 30.00           |
| P19 ¿Los carteles, letreros y flechas le parecen adecuados para orientar a los pacientes?                                                       | 59.35          | 40.65           |
| P20 ¿La consulta externa contó con personal para informar y orientar a los pacientes?                                                           | 57.61          | 42.39           |
| P21 ¿Los consultorios contaron con equipos disponibles y materiales necesarios para su atención?                                                | 69.78          | 30.22           |
| P22 ¿El consultorio y la sala de espera se encontraron limpios y fueron cómodos?                                                                | 57.83          | 42.17           |
| <b>TOTAL</b>                                                                                                                                    | <b>62.47</b>   | <b>37.53</b>    |

Fuente: Oficina de Gestión de la Calidad.-UMC-HONADOMANI

En general del total de encuestados, el 62.4% se encontró satisfecho con la atención en Consulta externa. El menor porcentaje de satisfacción está referido a "orientación y explicación de manera clara y adecuada sobre los pasos y trámites para la atención en consulta externa por el personal de informes" (50.6%), seguido de "atención del médico en horario programado" (56.3%) y "atención en caja o en módulo de admisión del SIS sea rápida" (56.3%).



Tabla N° 4.- Resultados de satisfacción e insatisfacción en General según preguntas Emergencia - HONADOMANI.SB.2017

| Preguntas/ Dimensiones                                                                                                                      | Satisfecho (+) | Insatisfecho(-) |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|-----------------|
|                                                                                                                                             | %              | %               |
| P1 Atención inmediata a su llegada a emergencia, sin importar su condición socioeconómica.                                                  | 57.83          | 42.17           |
| P2 Atención de emergencia se realice considerando la gravedad de salud del paciente.                                                        | 65.65          | 34.35           |
| P3 Atención en emergencia a cargo de un médico.                                                                                             | 61.74          | 38.26           |
| P4 El médico que lo atendió mantuvo suficiente comunicación con usted o familiares para explicarles el seguimiento de su problema de salud. | 60.43          | 39.57           |
| P5 Farmacia de emergencia cuente con los medicamentos que receta el médico.                                                                 | 41.30          | 58.70           |
| P6 Atención rápida en caja o módulo de admisión.                                                                                            | 56.09          | 43.91           |
| P7 Atención rápida en laboratorio de emergencia.                                                                                            | 67.83          | 32.17           |
| P8 Atención rápida para exámenes radiológicos.                                                                                              | 75.65          | 24.13           |
| P9 Atención rápida en farmacia de emergencia.                                                                                               | 56.30          | 43.48           |
| P10 Médico le brindó tiempo necesario para contestar dudas o preguntas sobre su tema de salud.                                              | 64.78          | 35.22           |
| P11 Respeto de privacidad durante su atención por emergencia.                                                                               | 68.70          | 31.30           |
| P12 Médico realizó examen físico completo y minucioso por el problema de salud por el cual fue atendido.                                    | 60.43          | 39.57           |
| P13 El problema de salud por el cual se atendió se mejoró.                                                                                  | 58.91          | 41.09           |
| P14 Trato amable, respeto y paciencia por personal de emergencia.                                                                           | 63.91          | 35.87           |
| P15 Personal de emergencia mostró interés para solucionar cualquier problema que se presentó durante su atención.                           | 61.09          | 38.91           |
| P16 Comprensión de la explicación que el médico le brindó sobre el problema de salud o resultado de la atención.                            | 63.48          | 36.52           |
| P17 Comprensión de la explicación que el médico le brindó sobre procedimientos o análisis realizado.                                        | 68.48          | 31.52           |
| P18 Comprensión de la explicación que el médico le brindó sobre el tratamiento que recibió: tipo de medicamentos, dosis y efectos adversos. | 64.57          | 35.43           |
| P19 Carteles, letreros y flechas del servicio de emergencia le parecen adecuados para orientar a los pacientes.                             | 63.26          | 36.74           |
| P20 Emergencia cuente con personal para informar y orientar a los pacientes.                                                                | 57.39          | 42.61           |
| P21 Emergencia cuente con equipos y materiales necesarios para su atención.                                                                 | 60.65          | 39.35           |
| P22 Ambientes del servicio de emergencia estuvieron limpios y cómodos.                                                                      | 75.22          | 24.78           |
| <b>Total</b>                                                                                                                                | <b>62.40</b>   | <b>37.60</b>    |

Fuente: Oficina de Gestión de la Calidad.-UMC-HONADOMANI

En general del total de usuarios encuestados, el 62.4% se encontró satisfecho con la atención. El menor porcentaje de satisfacción está referido a que "Farmacia de emergencia cuente con los medicamentos que receta el médico" (41.3%), seguido de "atención rápida en caja o módulo de admisión" (43.9%) y "atención rápida en farmacia de emergencia" (43.4%). El menor porcentaje de satisfacción se encontró en Emergencia de Pediatría (44.9%).



Tabla N° 5.- Resultados de satisfacción e insatisfacción en General según preguntas  
Hospitalización - HONADOMANI.SB.2017

| Preguntas                                                                                                                                        | Satisfecho (+) | Insatisfecho(-) |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|-----------------|
|                                                                                                                                                  | %              | %               |
| P1 Visita médica diaria                                                                                                                          | 77.5           | 22.5            |
| P2 Explicación brindada por el médico sobre evolución del problema de salud por el cual permanece hospitalizado.                                 | 68.6           | 31.4            |
| P3 Comprensión de la explicación que el médico brindó sobre los medicamentos que recibió durante su hospitalización.                             | 61.3           | 38.7            |
| P4 Comprensión de la explicación que el médico brindó sobre los resultados de análisis de laboratorio que se realizó durante su hospitalización. | 63.0           | 37.0            |
| P5 Comprensión de la explicación que el médico brindó sobre los medicamentos y los cuidados para la salud en casa.                               | 65.6           | 34.4            |
| P6 Rapidez de los trámites para hospitalización.                                                                                                 | 64.6           | 35.4            |
| P7 Rapidez de realización de análisis de laboratorio solicitados.                                                                                | 70.9           | 29.1            |
| P8 Rapidez de realización de exámenes radiológicos.                                                                                              | 76.5           | 23.5            |
| P9 Rapidez de trámites de alta.                                                                                                                  | 65.6           | 34.4            |
| P10 Interés del médico para mejorar o solucionar su problema de salud.                                                                           | 70.6           | 29.4            |
| P11 Entrega de alimentos a temperatura adecuada y de manera higiénica.                                                                           | 76.2           | 23.8            |
| P12 Mejora o resolución del problema de salud por el cual se hospitalizó.                                                                        | 71.1           | 28.9            |
| P13 Respeto a su privacidad durante la hospitalización.                                                                                          | 65.1           | 34.9            |
| P14 Trato amable, respetuoso y con paciencia del personal obstetra/enfermería.                                                                   | 66.1           | 33.9            |
| P15 Trato del médico amable, respetuoso y con paciencia.                                                                                         | 71.6           | 28.4            |
| P16 Trato amable, respetuoso y con paciencia del personal de nutrición.                                                                          | 72.4           | 27.6            |
| P17 Trato amable, respetuoso y con paciencia del personal encargado de los trámites de admisión o alta.                                          | 62.5           | 37.5            |
| P18 Personal de enfermería mostró interés en solucionar cualquier problema durante su hospitalización.                                           | 65.6           | 34.4            |
| P19 Ambientes del servicio cómodos y limpios.                                                                                                    | 70.6           | 29.4            |
| P20 Servicios higiénicos para uso de los pacientes se encuentren limpios.                                                                        | 66.1           | 33.9            |
| P21 Equipos disponibles, contar con materiales necesarios para la atención.                                                                      | 74.2           | 25.8            |
| P22 Ropa de cama, colchon y frazadas sean adecuadas.                                                                                             | 60.0           | 40.0            |
| Porcentaje Total                                                                                                                                 | 68.4           | 31.6            |

Fuente: Oficina de Gestión de la Calidad.-UMC-HONADOMANI

En general del total de encuestados, el 68.4% se encontró satisfecho con la atención en los servicios de Hospitalización. El menor porcentaje de satisfacción está referido a que "Ropa de cama, colchón y frazadas sean adecuadas" (60%), seguido de "comprensión que el médico brindó sobre los medicamentos que recibió durante su hospitalización" (61.3%). El menor





porcentaje de satisfacción de los usuarios según departamentos se encontró en Hospitalización de Cirugía Pediátrica.

## 2.- Informe Anual del Libro de Reclamaciones

Tabla N° 6.- Total de Reclamos según temática. Enero – diciembre 2017

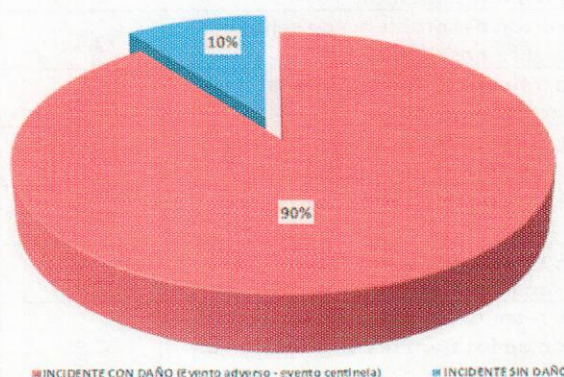
| Temática                                             | Total | Porcentaje (%) |
|------------------------------------------------------|-------|----------------|
| Maltrato al usuario externo                          | 113   | 40.2           |
| Inadecuada atención asistencial                      | 61    | 21.7           |
| Inadecuada información                               | 33    | 11.7           |
| Inadecuada atención administrativa                   | 20    | 7.1            |
| Irregularidades administrativas                      | 20    | 7.1            |
| Incumplimiento de horario de trabajo                 | 13    | 4.6            |
| Desabastecimiento de equipos, insumos y medicamentos | 11    | 3.9            |
| Otros                                                | 10    | 3.5            |
| Total                                                | 281   | 100.0          |

Fuente: Oficina de Gestión de la Calidad

Se observa que el Maltrato al Usuario externo ha sido la Temática más reclamada en el año 2017 con 40% del total de reclamos, seguido de la inadecuada atención asistencial con 21.7%, inadecuada información con 11.7% y otras causas en menor porcentaje.

## 3.- Reporte Anual de Incidentes de Seguridad del Paciente

Gráfico N° 1.-Tipos Incidentes de Seguridad HONADOMANI "San Bartolomé" – 2017



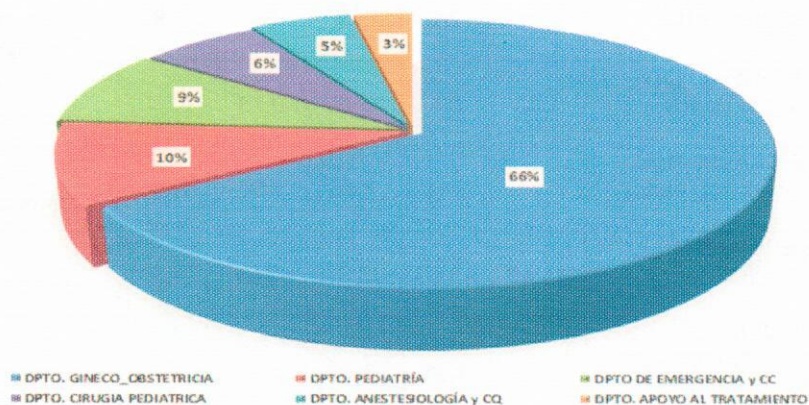
Fuente: Unidad de Seguridad del Paciente – OGC

Si revisamos los incidentes de seguridad por tipo, vemos que en el año 2017, el 90% de ellos correspondieron a incidentes de seguridad con daño (Eventos adversos y eventos centinela) y el 10% a incidentes de seguridad sin daño.

Durante al año 2017 se reportaron 1254 incidentes de seguridad con daño, siendo los más frecuentes: la retención de restos placentarios en cavidad uterina, las atonías uterinas, los reingresos antes de los 7 días, las Infecciones de Sitio Operatorio (ISO), las re operaciones y las endometritis. Se reportaron eventos centinelas: perforación uterina (06), muerte materna (03), quemadura química (02) y óbito fetal (02), muerte neonatal (01) y muerte infantil (01), paro cardiorrespiratorio (01) y muerte por neumonía intrahospitalaria (01).



Gráfico N° 2.- Incidentes de Seguridad del paciente por Departamentos HONADOMANI "San Bartolomé" - 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).

#### 4.- Reporte Anual de indicadores de Seguridad de la Atención 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° 4 se muestra los valores de los indicadores antes referidos, comparados con sus estándares correspondientes y su evolución en los últimos cinco años. En esta tabla se observa que los indicadores relacionados a las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud son los que están por encima del promedio estándar, como la Tasa de Endometritis por Parto Vaginal, la Tasa de Endometritis por parto por Cesárea y la Tasa de Infecciones de Sitio Operatorio, manteniéndose por encima del promedio nacional para la categoría de establecimiento (nivel III-1).



Tabla N° 7.-Promedio anual de los indicadores de seguridad del parto 2013-2017

| Indicador                                                                                       | 2013  | 2014  | 2015  | 2016  | 2017  | Estándar - Fuente                            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|----------------------------------------------|
| <b>ENDOMETRITIS POR PARTO VAGINAL</b> casos x 100 partos vaginales                              | 0.9   | 0.9   | 0.6   | 0.5   | 0.4   | 0.19<br>(promedio nacional Hospitales III-1) |
| <b>ENDOMETRITIS POR PARTO POR CESAREA</b> casos x100 cesáreas                                   | 3.5   | 2.9   | 3.9   | 2.7   | 1.9   | 0.57<br>(promedio nacional Hospitales III-1) |
| <b>DESGARRO PERINEAL III/IV GRADO</b> casos x 100 partos vaginales                              | 1.03  | 0.5   | 0.47  | 0.73  | 0.77  | 0.52<br>(promedio Institucional)             |
| <b>FRACTURA DE CLAVICULA NEONATAL</b> casos x 100 partos vaginales                              | -     | 3.19  | 2.15  | 1.66  | 2.07  | 3.18<br>(promedio Institucional)             |
| <b>EPISIOTOMIA EN PARTO VAGINAL</b> casos x 100 partos vaginales                                | 44.45 | 43.65 | 43.89 | 40.61 | 38.39 | 25<br>(estándar Internacional)               |
| <b>INFECCION DE SITIO OPERATORIO EN PACIENTES POSTCESAREA</b> casos x 100 cesáreas              | 2.38  | 1.56  | 3.3   | 2.9   | 3.0   | 1.34<br>(promedio nacional Hospitales III-1) |
| <b>TASA DE INGRESO A UCCM</b> casos x 1000 gestantes                                            | 2.56  | 4.80  | 4.18  | 4.94  | 5.26  | 3.12<br>(promedio Institucional)             |
| <b>RECIÉN NACIDOS CON DIAGNÓSTICO DE ASFIXIA NEONATAL</b> casos x total de recién nacidos vivos | -     | -     | -     | -     | 1.18  | -                                            |
| <b>TRANSFUSIONES (Mayor de 1 unidad)</b> casos x 100 transfusiones en gestantes                 | 3.88  | 3.20  | 2.63  | 2.65  | 2.44  | 2.5<br>(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.





## 5.- Reporte Anual de Rondas de Seguridad

Durante el año 2017 se realizaron 09 rondas de seguridad de atención del paciente, prioritariamente en los servicios de mayor demanda y en algunos cuya naturaleza los configura como críticos, como es el caso de centro quirúrgico, emergencia, UCEO 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 el cumplimiento de la implementación de acciones de mejora post-ronda es muy bajo (13% en promedio). Las recomendaciones de las Rondas realizadas servirán como oportunidades de mejora para la implementación de acciones y/o Proyectos de Mejora. El Estándar de cumplimiento de buenas prácticas y de implementación de acciones de mejora es  $\geq 90\%$ .

Tabla N° 8.- 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

## 6.- Resultados de Autoevaluación para la Acreditación 2017

La articulación de los diversos esfuerzos por mejorar la calidad de la atención en una organización así como la medida en que se ha logrado organizarse para brindar una atención de calidad, se evalúa mediante los estándares de calidad. La evaluación por medio de los estándares de calidad se da en el proceso de la acreditación, la primera fase de la acreditación es la autoevaluación, en nuestra institución este proceso se realizó en el mes de noviembre 2017 alcanzando un resultado general de 70%, siendo el estándar esperado para la acreditación alcanzar una calificación igual o mayor a 85% del cumplimiento de los estándares nacionales previamente definidos.





Tabla N° 9.- Porcentaje de cumplimiento de la Autoevaluación por categorías 2017

| Categoría               | %           |
|-------------------------|-------------|
| Gerencial               | 81.4        |
| Prestacional            | 60.2        |
| Apoyo                   | 71.5        |
| <b>Porcentaje Total</b> | <b>70.0</b> |

Fuente: Unidad de Garantía de la Calidad – OGC

El grupo de macroprocesos que obtiene mayor porcentaje de cumplimiento son los que corresponden a los gerenciales 81.47% seguido de los macroprocesos de apoyo 71.50 y los de menor cumplimiento son los que corresponden a los macroprocesos del grupo de prestacionales 60.23%.

Tabla N° 10.- Semaforización del cumplimiento de estándares, detallado por macro procesos. HONADOMANI. "San Bartolomé" - 2017

| Macroprocesos                                             | Puntaje Máximo por Macro proceso | Puntaje Obtenido x Macro proceso | Cumplimiento x Macro proceso |
|-----------------------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|------------------------------|
| Direccionamiento                                          | 47.68                            | 39.43                            | 82.35                        |
| Gestión de recursos humanos                               | 47.68                            | 39.43                            | 82.35                        |
| Gestión de la calidad                                     | 47.68                            | 41.46                            | 86.59                        |
| Manejo del riesgo de atención                             | 47.68                            | 39.99                            | 83.52                        |
| Gestión de seguridad ante desastres                       | 47.68                            | 35.06                            | 73.21                        |
| Control de la gestión y prestación                        | 47.68                            | 38.67                            | 80.77                        |
| Atención ambulatoria                                      | 47.68                            | 32.32                            | 67.50                        |
| Atención de hospitalización                               | 47.68                            | 23.06                            | 48.15                        |
| Atención de emergencias                                   | 17.1                             | 10.35                            | 60.53                        |
| Atención quirúrgica                                       | 17.1                             | 12.55                            | 73.40                        |
| Docencia e Investigación                                  | 47.68                            | 22.80                            | 47.62                        |
| Apoyo diagnóstico y tratamiento                           | 17.1                             | 11.66                            | 68.18                        |
| Admisión y alta                                           | 17.1                             | 8.06                             | 47.14                        |
| Referencia y contrarreferencia                            | 17.1                             | 14.08                            | 82.35                        |
| Gestión de medicamentos                                   | 17.1                             | 9.54                             | 55.77                        |
| Gestión de la información                                 | 17.1                             | 15.98                            | 93.48                        |
| Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización | 34.2                             | 28.89                            | 84.48                        |
| Manejo del riesgo social                                  | 17.1                             | 10.88                            | 63.64                        |
| Manejo de nutrición de pacientes                          | 17.1                             | 12.07                            | 70.59                        |
| Gestión de insumos y materiales                           | 17.1                             | 15.78                            | 92.31                        |
| Gestión de equipos e infraestructura                      | 17.1                             | 7.54                             | 44.12                        |

Fuente: Unidad de Garantía de la Calidad – OGC

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**), 9 macro procesos alcanzaron calificación entre el 75% y menos del 85% (**amarillo**) y finalmente 3 macro procesos alcanzaron calificación más del 85% (**verde**).



## 7. Informe Epidemiológico sobre tendencia de Infecciones asociadas a la Atención de Salud del Hospital.

Según el informe epidemiológico sobre tasa de Infecciones Asociadas a la Atención de Salud del año 2017 emitido por la Oficina de Epidemiología de nuestra institución, se reportaron las siguientes tasas de infecciones en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal:

Tabla N° 11.- Tasas de Infecciones Asociadas a la Atención de Salud y Tipo de Infección. UCIN.HONADOMANI. "San Bartolomé" -2017

| Tipo de Infección                                      | Tasa 2017 | Incidencia de promedio nacional | Incidencia según Categoría de EESS III - 1 |
|--------------------------------------------------------|-----------|---------------------------------|--------------------------------------------|
| ITS / CVC en UCI de Neonatología (*)                   | 4.43      | 6.04                            | 4.44                                       |
| Neumonía / Ventilador mecánico UCI de Neonatología (*) | 6         | 3.19                            | 3.8                                        |

Fuente: Oficina de Epidemiología

(\*) Densidad de Incidencia

La densidad de incidencia de infección del torrente sanguíneo asociada a CVC en la UCI neonatal en el año 2017 fue de 4.43/1000 días CVC, menor al promedio nacional y a la categoría de establecimiento III – 1.

La tasa de neumonía asociada a ventilación mecánica en la UCIN en el año 2017 fue de 6/1000 días VM. Valor que se encuentra por arriba del promedio nacional (3.19) y de la categoría de establecimiento III – 1 (3.8).

## 8. Reporte anual de Análisis Causa Raíz.

Durante el año 2017 se realizaron en total 04 análisis causa raíz procedentes de los Departamentos de Centro quirúrgico, Gineco obstetricia, UCI –Neonatología y Departamento de Pediatría.

El porcentaje de cumplimiento de las recomendaciones es del 0%.

## 9. Informe Anual de Auditorías en Salud.

Durante el año 2017 se realizaron 09 Auditorías en salud (07 corresponden al Departamento de Gineco obstetricia y 02 al Departamento de Cirugía Pediátrica).

Tabla N° 12.- Auditorías en Salud - 2017

| Departamentos      | N° de Auditorías |    | N° Recomendaciones |      | % cumplimiento de recomendaciones |
|--------------------|------------------|----|--------------------|------|-----------------------------------|
|                    | N°               | %  | N°                 | %    |                                   |
| Gineco obstetricia | 7                | 78 | 33                 | 82.5 | 27.3% (9)                         |
| Cirugía Pediátrica | 2                | 22 | 7                  | 17.5 | 71.4% (5)                         |

Fuente: Oficina de Gestión de la Calidad-UGC

El porcentaje de cumplimiento de recomendaciones post auditoría en salud en el Departamento de Gineco obstetricia en el año 2017 fue de 27.3% y en el Departamento de Cirugía Pediátrica obtuvo el 71.4% de cumplimiento.





## **VI.- OBJETIVO GENERAL**

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

## **VII. OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- 1) Identificación y priorización de procesos críticos para el desarrollo de proyectos de mejora en el HONADOMANI "San Bartolomé".
- 2) Implementar Proyectos de mejora de los procesos críticos priorizados en el HONADOMANI "San Bartolomé".

## **VIII. PROGRAMACION DE ACTIVIDADES POR OBJETIVOS ESPECIFICOS**

**Objetivo específico 1.-** Identificación y priorización de procesos críticos para el desarrollo de proyectos de mejora en el HONADOMANI "San Bartolomé".

### **Actividades**

- a) Identificación de los procesos críticos de atención.
- b) Priorización de los procesos críticos de atención.

**Objetivo específico 2.-** Implementar Proyectos y /o acciones de mejora de los procesos críticos priorizados en el HONADOMANI "San Bartolomé".

### **Actividades**

- a) Capacitación a los equipos de Mejora Continua.
- b) Asistencia técnica a equipos de mejora para el desarrollo de Proyectos de Mejora de la calidad.
- c) Desarrollo de acciones de mejora.
- d) Seguimiento de la implementación de acciones y proyectos de mejora priorizados

La presente programación ha sido incorporada en el Plan de Gestión de la Calidad 2018 del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé".

## **IX. RESPONSABILIDADES**

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

## **X. ANEXOS**

### **Anexo 1:**

Matriz de Criterios de Programación del Plan de Mejora de la Calidad 2017-HONADOMANI "San Bartolomé".

### **Anexo 2:**

Listado de oportunidades de mejora identificadas (Indicadores).

### **Anexo 3:**

Matriz de priorización de Indicadores de Calidad según Departamentos.

### **Anexo 4:**

Matriz de proyectos de mejora de procesos críticos priorizados.





# ANEXO 1.- Matriz de Criterios de Programación del Plan de Mejora de la Calidad 2018-HONADOMANI "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 |
| Desarrollar proyectos de mejora institucional de los procesos de atención | IND 3: Porcentaje de proyectos de mejora en fase de implementación: $\geq 50\%$   | Desarrollo y priorización de proyectos de mejora | Analizar los procesos críticos institucionales                              | Un (01) Informe Técnico         | ODC U Mejor Continúa de la Calidad | 1          |                   | 1  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|                                                                           |                                                                                   |                                                  | Priorizar los procesos críticos institucionales                             | Un (01) Informe Técnico         | ODC U Mejor Continúa de la Calidad | 1          |                   | 1  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|                                                                           |                                                                                   |                                                  | Obtener el apoyo de mejora continua                                         | Un (01) Informe de Ejecución    | ODC U Mejor Continúa de la Calidad | 1          |                   |    | 1  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|                                                                           |                                                                                   |                                                  | Apoyar los técnicos y equipos de mejora para el desarrollo de PHC           | Dos (02) Informes               | ODC U Mejor Continúa de la Calidad | 2          |                   |    |    |    | 1  |    |    |    |    |    | 1  |    |
|                                                                           |                                                                                   |                                                  | Desarrollo de equipos de mejora                                             | Informes                        | ODC U Mejor Continúa de la Calidad | 4          |                   | 1  |    |    | 1  |    |    |    | 1  |    | 1  |    |
|                                                                           | IND 4: Porcentaje de reconocimientos oportunos: 100%                              | Gestión de la atención al usuario (PAU)          | Seguimiento de la implementación de proyectos de mejora priorizados         | Dos (02) Informes               | ODC U Mejor Continúa de la Calidad | 2          |                   |    |    |    |    | 1  |    |    |    |    |    | 1  |
|                                                                           |                                                                                   |                                                  | Elaborar el personal del PAU en gestión de atención al usuario              | Dos (02) Informes de Ejecución  | ODC U Mejor Continúa de la Calidad | 2          |                   |    |    |    | 1  |    |    |    | 1  |    |    |    |
|                                                                           |                                                                                   |                                                  | Elaborar el personal del PAU y personal de atención al usuario              | Dos (02) Informes de Ejecución  | ODC U Mejor Continúa de la Calidad | 2          |                   |    |    |    | 1  |    |    |    |    | 1  |    |    |
|                                                                           |                                                                                   |                                                  | Atención de las sugerencias y reconocimientos de los usuarios               | Dos (02) Informes de Ejecución  | ODC U Mejor Continúa de la Calidad | 2          |                   |    |    |    |    | 1  |    |    |    |    |    | 1  |
|                                                                           |                                                                                   |                                                  | Atender los reclamos de los usuarios                                        | Dos (02) Informes de Ejecución  | ODC U Mejor Continúa de la Calidad | 2          |                   |    |    |    |    | 1  |    |    |    |    |    | 1  |
| Mejorar el grado de satisfacción del usuario externo                      | IND 5: Reducción de tiempo de espera                                              | Medición del tiempo de espera                    | Analizar los reclamos de los usuarios                                       | Dos (02) Informes de Ejecución  | ODC U Mejor Continúa de la Calidad | 12         | 1                 | 1  | 1  | 1  | 1  | 1  | 1  | 1  | 1  | 1  | 1  | 1  |
|                                                                           |                                                                                   |                                                  | Elaborar Plan de mejoras de tiempo de espera                                | Un (01) Informe de Ejecución    | ODC U Mejor Continúa de la Calidad | 1          |                   |    |    |    | 1  |    |    |    |    |    |    |    |
|                                                                           |                                                                                   |                                                  | Elaborar Informe de tiempo de espera                                        | Un (01) Informe de Ejecución    | ODC U Mejor Continúa de la Calidad | 1          |                   |    |    |    |    | 1  |    |    |    |    |    |    |
|                                                                           | IND 6: Porcentaje de incremento de la satisfacción de usuario externo: $\geq 5\%$ | Medición de la satisfacción del usuario externo  | Obtener y organizar a los encuestadores                                     | Actas de reunión                | ODC U Mejor Continúa de la Calidad | 1          |                   |    |    |    |    | 1  |    |    |    |    |    |    |
|                                                                           |                                                                                   |                                                  | Elaborar Informe de Encuesta de Satisfacción del Usuario (encuesta externa) | Tres (03) Informes de Ejecución | ODC U Mejor Continúa de la Calidad | 3          |                   |    |    |    |    |    |    |    |    | 1  | 2  |    |
|                                                                           |                                                                                   |                                                  | Realizar la encuesta de satisfacción                                        | Actas de reunión                | ODC U Mejor Continúa de la Calidad | 1          |                   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |



**Anexo 2**  
**Listado de oportunidades de mejora identificadas (Indicadores)**

| Departamentos         | Indicadores                                                                                                                                             | Evidencia que sustenta oportunidad de mejora                       | Proceso que afecta                          |
|-----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| GINECO<br>OBSTETRICIA | Eventos centinela : 03 muertes maternas                                                                                                                 | Informe anual de Eventos adversos                                  | Proceso de Atención en Centro<br>Obstétrico |
|                       | Incremento de incidentes de seguridad con daño: Retención de restos placentarios (254), atonía uterina (154), perforación uterina (6), óbito fetal (2). | Informe anual de Eventos adversos                                  |                                             |
|                       | Elevada tasa de endometritis por parto vaginal (0.4)                                                                                                    | Reporte Anual de indicadores de Seguridad de la Atención del Parto |                                             |
|                       | Elevada tasa de endometritis post cesárea (1.9)                                                                                                         | Reporte Anual de indicadores de Seguridad de la Atención del Parto |                                             |
|                       | Elevada tasa de ISO post cesárea (3.0)                                                                                                                  | Reporte Anual de indicadores de Seguridad de la Atención del Parto |                                             |
|                       | Elevada tasa de ingreso a UCCM (5.26)                                                                                                                   | Reporte Anual de indicadores de Seguridad de la Atención del Parto |                                             |
|                       | Bajo porcentaje de acompañamiento de pareja o familiar durante atención del parto (11%)                                                                 | Informe de Encuesta de Satisfacción                                | Atención de Hospitalización<br>(UCEO)       |
|                       | Bajo porcentaje de cumplimiento de buenas prácticas en UCEO (66%)                                                                                       | Reporte anual de Rondas de seguridad                               |                                             |
|                       | Bajo porcentaje de cumplimiento de buenas prácticas en Sala B (44%)                                                                                     | Reporte anual de Rondas de seguridad                               | Atención de Hospitalización<br>(Sala B)     |
|                       | Incumplimiento de recomendaciones de Análisis Causa Raíz - ACR (0%)                                                                                     | Reporte anual de ACR                                               | Atención de Hospitalización                 |
|                       | Bajo porcentaje de cumplimiento de recomendaciones post auditoría (27.3%)                                                                               | Reporte anual de Auditorías                                        | Atención de Hospitalización                 |
|                       | Menos del 70% del personal cumple medidas de bioseguridad.                                                                                              | Informe de Autoevaluación                                          | Atención de Hospitalización                 |
|                       | Bajo porcentaje de satisfacción de usuarias en consulta externa (47.1%)                                                                                 | Informe de Encuesta de satisfacción                                | Atención en Consulta externa                |





|                                |                                                                                                                                                              |                                                                                              |                               |
|--------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|
| PEDIATRÍA                      | Evento centinela : 01 muerte por neumonía intrahospitalaria                                                                                                  | Informe anual de eventos adversos                                                            | Atención en Hospitalización   |
|                                | Evento centinela : 01 muerte infantil                                                                                                                        | Informe anual de eventos adversos                                                            | Atención de Hospitalización   |
|                                | Evento centinela : 02 Quemaduras químicas                                                                                                                    | Reporte anual de eventos adversos                                                            | Atención de Hospitalización   |
|                                | 68% de cumplimiento de buenas prácticas de seguridad del paciente - Pediatría                                                                                | Reporte anual de Rondas de seguridad                                                         | Atención de Hospitalización   |
|                                | 60% de cumplimiento de buenas prácticas de Seguridad del paciente - Neonatología                                                                             | Reporte anual de Rondas de seguridad                                                         | Atención de Hospitalización   |
|                                | 41 Reingresos menor de 7 días                                                                                                                                | Reporte anual de eventos adversos                                                            | Atención de Hospitalización   |
|                                | Evento centinela: Perforación gástrica (1)                                                                                                                   | Informe anual de eventos adversos                                                            | Atención de Hospitalización   |
| CIRUGÍA PEDIÁTRICA             | 66.5% de satisfacción de usuarios en hospitalización                                                                                                         | Informe de Encuesta de satisfacción                                                          | Atención de Hospitalización   |
|                                | Bajo porcentaje de cumplimiento de buenas prácticas (59%)                                                                                                    | Reporte anual de Rondas de seguridad                                                         | Atención de Hospitalización   |
|                                | 02 quemaduras químicas                                                                                                                                       | Informe anual de eventos adversos                                                            | Atención de Hospitalización   |
|                                | Incremento de incidentes de seguridad con daño: ISO (18)                                                                                                     | Informe anual de eventos adversos                                                            | Atención de Hospitalización   |
|                                | 55.8% de satisfacción de usuarios en consulta externa                                                                                                        | Informe de Encuesta de satisfacción                                                          | Atención en Consulta externa  |
| CENTRO QUIRÚRGICO              | Paro Cardiorrespiratorio en puerpera inmediata post cesareada                                                                                                | Reporte anual de ACR                                                                         | Atención en Centro Quirúrgico |
|                                | Bajo porcentaje de cumplimiento de buenas prácticas (66%)                                                                                                    | Reporte anual de Rondas de seguridad                                                         | Atención en Centro Quirúrgico |
|                                | Bajo porcentaje de cumplimiento (25%) en 9 de los 36 criterios para la evaluación de la adherencia a la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía. | Reporte de Evaluación de la Adherencia a la Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía | Atención en Centro Quirúrgico |
|                                | Alto número de re intervenciones: Gineco obstetricia (52) – Cirugía Pediátrica (14)                                                                          | Informe anual de Eventos adversos                                                            | Atención de Hospitalización   |
| EMERGENCIA Y CUIDADOS CRÍTICOS | Evento centinela : 01 muerte neonatal - UCIN                                                                                                                 | Informe anual de eventos adversos                                                            | Atención de Hospitalización   |
|                                | 21 casos de Extubación accidental : UCIN (17) – UTIP (4)                                                                                                     | Informe anual de eventos adversos                                                            | Atención de Hospitalización   |
|                                | 44.9% de usuarios satisfechos con atención en Emergencia de Pediatría.                                                                                       | Informe de Encuesta de Satisfacción                                                          | Atención de Emergencia de     |







|  | Pediatria                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                    |
|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
|  | Informe epidemiológico anual de IAAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Atención en Hospitalización (UGIN) |
|  | Informe de Autoevaluación                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Atención de Servicio de Emergencia |
|  | <p>Tasa de neumonía asociada a ventilación mecánica en UGIN en el año 2017 fue de 6/1000 días VM. (Valor por encima del estándar nacional y de la categoría de establecimiento III).</p> <p>Bajo porcentaje de cumplimiento de estándares (60.53%) en Macroproceso Atención de Emergencia. (Aplicación de Guías de práctica clínica, capacitación de personal, no se realiza triaje, trauma shock con falta de algunos insumos para la atención, se requiere mantenimiento de tomacorrientes, camillas en mal estado, falta de mantenimiento de equipos biomédicos).</p> |                                    |





### Anexo 3

#### Matriz de priorización de problemas según Departamentos

| Departamentos      | Servicio          | Indicadores                                                                                                                                             | Criterios de priorización |             |              | Puntaje total |
|--------------------|-------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|--------------|---------------|
|                    |                   |                                                                                                                                                         | Frecuencia                | Importancia | Factibilidad |               |
| GINECO OBSTETRICIA | CENTRO OBSTÉTRICO | Eventos centinela : 03 muertes maternas                                                                                                                 |                           |             |              |               |
|                    |                   | Elevada tasa de endometritis por parto vaginal (0.4)                                                                                                    |                           |             |              |               |
|                    |                   | Incremento de incidentes de seguridad con daño: Retención de restos placentarios (254), atonía uterina (154), perforación uterina (6), óbito fetal (2). | 5                         | 5           | 3            | 13            |
|                    |                   | Elevada tasa de endometritis post cesárea (1.9)                                                                                                         |                           |             |              |               |
|                    |                   | Elevada tasa de ISO post cesárea (3.0)                                                                                                                  |                           |             |              |               |
|                    | UCEO              | Elevada tasa de ingreso a UCCM (5.26)                                                                                                                   |                           |             |              |               |
|                    |                   | Bajo porcentaje de acompañamiento de pareja o familiar durante atención del parto (11%)                                                                 |                           |             |              |               |
|                    | HOSPITALIZACIÓN   | Bajo porcentaje de cumplimiento de buenas prácticas en UCEO (66%)                                                                                       | 3                         | 3           | 5            | 11            |
|                    |                   | Bajo porcentaje de cumplimiento de buenas prácticas en Sala B (44%)                                                                                     | 3                         | 3           | 3            | 9             |
|                    | CONSULTA EXTERNA  | Menos del 70% del personal cumple medidas de bioseguridad                                                                                               |                           |             |              |               |
|                    |                   | Bajo porcentaje de satisfacción de usuarias en consulta externa (47.1%)                                                                                 | 5                         | 1           | 3            | 9             |

| Departamentos | Servicio        | Indicadores                                                                    | Criterios de priorización |             |              | Puntaje total |
|---------------|-----------------|--------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|--------------|---------------|
|               |                 |                                                                                | Frecuencia                | Importancia | Factibilidad |               |
| PEDIATRÍA     | HOSPITALIZACIÓN | Evento centinela : 01 muerte por neumonía intrahospitalaria                    |                           |             |              |               |
|               |                 | Evento centinela : 01 Quemaduras químicas                                      |                           |             |              |               |
|               |                 | Evento centinela : 01 muerte infantil                                          | 3                         | 5           | 3            | 11            |
|               |                 | 68% de cumplimiento de buenas prácticas de seguridad del paciente – Pediatría. |                           |             |              |               |
|               | NEONATOLOGIA    | 8 Reingresos menor de 7 días                                                   |                           |             |              |               |
|               |                 | 60% de cumplimiento de buenas prácticas de seguridad del paciente.             | 3                         | 3           | 3            | 9             |
|               |                 | 33 Reingresos menor de 7 días                                                  |                           |             |              |               |
|               |                 | Evento centinela : 01 Quemadura química                                        |                           |             |              |               |





| Departamentos      | Servicio         | Indicadores                                               | Criterios de priorización |             |              | Puntaje total |
|--------------------|------------------|-----------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|--------------|---------------|
|                    |                  |                                                           | Frecuencia                | Importancia | Factibilidad |               |
| CIRUGÍA PEDIÁTRICA | HOSPITALIZACIÓN  | Evento centinela: Perforación gástrica (1).               | 5                         | 5           | 3            | 13            |
|                    |                  | 66.5% de satisfacción de usuarios en hospitalización      |                           |             |              |               |
|                    |                  | Bajo porcentaje de cumplimiento de buenas prácticas (59%) |                           |             |              |               |
|                    |                  | 02 quemaduras químicas                                    |                           |             |              |               |
|                    | CONSULTA EXTERNA | Incremento de incidentes de seguridad con daño: ISO (18)  | 3                         | 1           | 3            | 7             |
|                    |                  | 55.8% de satisfacción de usuarios en consulta externa     |                           |             |              |               |

| Departamentos     | Indicadores                                                                                                                                                             | Criterios de priorización |             |              | Puntaje total |
|-------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|--------------|---------------|
|                   |                                                                                                                                                                         | Frecuencia                | Importancia | Factibilidad |               |
| CENTRO QUIRÚRGICO | Paro Cardiorrespiratorio en puerpera inmediata post cesareada                                                                                                           | 3                         | 5           | 3            | 11            |
|                   | Bajo porcentaje de cumplimiento de buenas prácticas (66%)te                                                                                                             |                           |             |              |               |
|                   | Bajo porcentaje de adherencia/cumplimiento (25%) en 9 de los 36 criterios para la evaluación de la adherencia a la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía. |                           |             |              |               |
|                   | Incidentes de seguridad con daño: Alto número de reintervenciones Gineco obstétrica (52) –Cirugía Pediátrica (14)                                                       |                           |             |              |               |





| Departamentos                  | Servicio   | Indicadores                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Criterios de priorización |             |              | Puntaje total |
|--------------------------------|------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|--------------|---------------|
|                                |            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Frecuencia                | Importancia | Factibilidad |               |
| EMERGENCIA Y CUIDADOS CRITICOS | UCIN       | Evento centinela : O1 muerte neonatal                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 3                         | 5           | 3            | 11            |
|                                |            | Tasa de neumonía asociada a ventilación mecánica en UCIN en el año 2017 fue de 6/1000 días VM. (Valor por encima del estándar nacional y de la categoría de establecimiento III).                                                                                                                                                                                        |                           |             |              |               |
|                                |            | 17 casos de Extubación accidental                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                           |             |              |               |
|                                | UTIP       | 04 casos de Extubación accidental                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 1                         | 3           |              | 9             |
|                                | Emergencia | 44.9% de usuarios satisfechos con atención en Emergencia de Pediatría.                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 5                         | 5           | 5            | 11            |
|                                |            | Bajo porcentaje de cumplimiento de estándares (60.53%) en Macroproceso Atención de Emergencia. (Aplicación de Guías de práctica clínica, capacitación de personal, no se realiza triaje, trauma shock con falta de algunos insumos para la atención, se requiere mantenimiento de tomacorrientes, camillas en mal estado, falta de mantenimiento de equipos biomédicos). |                           |             | 1            |               |

Frecuencia  
Importancia  
Factibilidad

= Que tan a menudo ocurre el problema  
= Elegir cuáles son los problemas más importantes desde el punto de vista del usuario y cuáles son los problemas que quiere resolver.  
= Disponibilidad de los recursos necesarios para resolver el problema

Puntaje:

Alto = 5      Medio = 3      Bajo = 1





**Anexo 4:**  
Matriz de Proyectos de Mejora priorizados

| Nº | Nombre del proyecto                                                                        | Proceso involucrado                                          | Objetivo del proyecto                                                                                                 | Responsable de coordinar el proyecto        |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| 1  | "Optimizando el proceso de atención de las pacientes en Centro Obstétrico"                 | Proceso de Atención en Centro Obstétrico                     | Optimizar el proceso de atención de las pacientes en Centro Obstétrico del HONADOMANI "San Bartolomé"                 | Jefe del Departamento de Gineco Obstetricia |
| 2  | "Optimizando el proceso de atención de los pacientes hospitalizados en Cirugía Pediátrica" | Proceso de atención en Hospitalización de Cirugía Pediátrica | Optimizar el proceso de atención de los pacientes hospitalizados en Cirugía Pediátrica del HONADOMANI "San Bartolomé" | Jefe del Departamento de Cirugía Pediátrica |

- Se conformarán equipos de mejora para el desarrollo e implementación de los proyectos de mejora priorizados.

