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

N° 071 - DG-HONADOMANI-SB-2023.

Resolución Directoral

Lima, 17 de Mayo de 2023

VISTO:

El expediente N° 08180-23, y;

CONSIDERANDO:

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

Que, la Resolución de Secretaría de Gestión Pública N° 001-2019-PCM/SGP aprueba la Norma Técnica 001-2019-PCM/SGP Norma Técnica para la Gestión de la Calidad de Servicios en el Sector Público;

Que, por Resolución Ministerial N° 768-2001-SA/DM de fecha 20 de diciembre de 2001, "Se Aprobó el Documento: "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud", en el marco del proceso de descentralización y las políticas de salud, las organizaciones de salud establecen y desarrollan acciones pertinentes de Gestión de la Calidad a fin de mejorar sus procesos, sus resultados, su clima organizacional y la satisfacción de los usuarios internos y externos; resultando necesario actualizar el citado Documento mediante RM: N° 519-2006/MINSA, Se Resuelve: Artículo 1°.- Aprobar el Documento Técnico: "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud";

Que, con Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA Aprueba el documento Técnico "Política Nacional de la Calidad en Salud";

Que, con Resolución Ministerial N° 826-2021/MINSA aprueba las "Normas para la elaboración de documentos normativos del Ministerio de Salud";

Que, mediante Nota Informativa N° 123-OGC-2023-HONADOMANI-SB, la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad informa al Dirección General que, en cumplimiento de los Criterios de Programación de Actividades EESS con Categoría II y III 2023, del Viceministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud - Unidad Funcional de Gestión de la Calidad en Salud, se ha desarrollado el Plan de Gestión de la Calidad en Salud 2023, a fín de implementar la primera actividad de planeamiento: Elaboración del Plan de Gestión de la Calidad en Salud por EESS (Categoría II-III), cuya fuente de verificación es el Plan de Gestión de la Calidad en Salud aprobado por la Dirección. Solicitando se disponga la oficialización del Plan de Gestión de la Calidad en Salud 2023;

Que, el Director Ejecutivo de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico con Proveído N° 155 -2023-OEPE-HONADOMANI-SB, anexando la Nota Informativa N° 086-2023-UPO-OEPE-HONADOMANI-SB refiere

que, en atención a la Nota Informativa N° 123-2023-OGC-HONADOMANI-SB, mediante la cual la Oficina de Gestión de la Calidad presenta el Documento Técnico: "Plan de Gestión de la Calidad 2023" del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé", el cual habiendo sido revisado se adecua a los parámetros establecidos y a los estándares de la Resolución Ministerial N° 826-2021/MINSA que aprueba las "Normas para elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud". Por ello, se le otorga opinión favorable;

Que, mediante Memorándum N° 317-2023-DG-HONADOMANI-SB, el Director General solicita a la Oficina de Asesoría Jurídica se proyecte la Resolución Directoral que aprueba el Documento Técnico: Plan de Gestión de la Calidad 2023" del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé";

Con la visación del Director Ejecutivo de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, de la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad y del Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé";

En uso de las atribuciones y facultades conferidas al Director General del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé", mediante Resolución Ministerial N° 051-2022/MINSA y el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé", aprobado por la Resolución Ministerial N° 884-2003-SA/DM;

SE RESUELVE:

Artículo Primero.- Aprobar el **Documento Técnico: "Plan de Gestión de la Calidad 2023",** del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé", el cual consta de treinta y cuatro (34) folios y un (01) anexo, que se adjunta a la presente Resolución Directoral debidamente visados.

Articulo Segundo.- Disponer que el Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad difunda e implemente el **Documento Técnico: "Plan de Gestión de la Calidad 2023",** aprobado en el artículo primero.

Articulo Tercero.- Disponer que la Oficina de Estadística e Informática, a través del responsable del Portal de Transparencia de la Institución, se encargue de la publicación del **Documento Técnico:** OAJ **"Plan de Gestión de la Calidad 2023",** en la dirección electrónica www.sanbartolomé.gob.pe.

Regístrese y Comuníquese,

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"
M.C. SANTIAGO G. CABRERA RAMOS
Director General
CMP. 16739 RNE. 7427

SGCR/VRFP/ERL/JCVO
C.C.
- DA
- OEPE
- OGC
- OAJ
- OEI
- Archivo

Hospital Nacional Docente Madre Niño
"San Bartolomé"

Hospital Nacional Docente Madre Niño
"San Bartolomé"

DOCUMENTO TÉCNICO

PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD 2023
HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO
"SAN BARTOLOMÉ"

ABRIL - 2023

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

Dr. Santiago Cabrera Ramos

Director General

Dr. Santiago Cabrera Ramos

Director Adjunto

Dra. Elizabeth Rojas Lara

Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad

Equipo Técnico de la Oficina de Gestión de la Calidad

Dr. Augusto Díaz Falcón

Dr. Edson Valdivia Vera

Lic. Flor de María Huamán Astocondor

Lic. Gloria Elizabeth Asmat Bautista

Lic. Carmen Jackeline Macassi Meza

Abog. Adolfo F. Phillippon Chang

Sra. Socorro Simón Moreno

Asistente Administrativo

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

INDICE

Pág.

I. **INTRODUCCIÓN**..... 4

II. **FINALIDAD**..... 5

III. **OBJETIVOS**..... 5

IV. **AMBITODE APLICACIÓN**..... 5

V. **BASE LEGAL**..... 5

VI. **CONTENIDO**

6.1 Comprensión de la organización y su contexto..... 7

6.2 Implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en el HONADOMANI "San Bartolomé"..... 9

6.3 Diagnóstico Situacional.....18

6.4. Articulación estratégica con los objetivos y acciones del PEI.....31

6.5. Articulación operativa con las actividades operativas del POI.....31

6.6 Acciones De Monitoreo, Supervisión y Evaluación del Plan.....34

VII. **RESPONSABILIDADES**..... ...35

VIII. **ANEXOS**..... 35

I.- INTRODUCCION

La Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé inició sus funciones formalmente le mes de mayo del 2002, según Resolución Directoral N°130-SA-OP-HONADOMANI-SAB-2002 desde entonces ha implementado estrategias y desarrollado actividades orientadas a mejorar la calidad de prestación de nuestros servicios, así como 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 "Lograr la satisfacción de los usuarios del servicio".

En el marco de los objetivos señalados la Oficina de la Calidad se ha planteado en el presente año 2023, alcanzar como resultado, fortalecer la efectividad 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 el logro de los objetivos institucionales, con un énfasis mayor en las rondas de seguridad y la autoevaluación para la acreditación.

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 Ministerio de Salud, pero también recogiendo la problemática 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. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

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

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Fortalecer la organización de la calidad
2. Fortalecer las buenas prácticas de atención y gestión de riesgo

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

3. Monitorear y evaluar los riesgos de atención
4. Evaluar la calidad de la atención brindada
5. Desarrollar proyectos de mejora institucional de los procesos de atención
6. Fortalecer los mecanismos de atención e información del usuario.
7. Mejorar la oportunidad de la atención ambulatoria
8. Optimizar la acreditación /certificación institucional
9. Conocer el grado de satisfacción del usuario externo
10. Estandarizar los procesos n la atención clínica
11. Verificar la calidad de atención técnica en salud.

IV. AMBITO DE APLICACIÓN

El presente plan de Gestión de Calidad es de Aplicación en todos los Subsistemas funcionales de atención del HONADOMANI" San Bartolomé".

V. BASE LEGAL

- Ley N°26842, Ley General de Salud
- Decreto de Urgencia N°017-2019, que establece medidas para la cobertura universal de salud.
- Decreto Supremo N°013-2006-SA" Reglamento de Establecimiento de Salud y Servicios Médicos de apoyo".
- Decreto Supremo N°031-2014-SA.- Reglamento de Infracciones y Sanciones de la Superintendencia Nacional de Salud-SUSALUD.
- Decreto Supremo N°027-2015-SA.-Reglamento de la Ley N ° 29414, Ley que establece el Derecho de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud.
- Decreto Supremo N°021-2022-SA. Decreto supremo que define los Indicadores de desempeño, Compromisos de Mejora de los servicios a cumplir el año 2023 y los criterios técnicos para su aplicación e implementación, para percibir la entrega económica anual a la que hace referencia el artículo 15 del Decreto Legislativo N°1153, Decreto legislativo que regula política integral de compensaciones y entregas económicas del personal de la salud al servicio del Estado.
- Resolución de Secretaria de Gestión Pública N°001-2019-PCM/SGP-aprueba-Norma Técnica N°001-2019PCM/SGP Norma Técnica para la Gestión de la Calidad de Servicios en el Sector Público.
- Resolución Ministerial N°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 la "Guía Técnica de Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía".

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

- 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°095-2012/MINSA, que aprueba la "Guía para la Elaboración de Proyectos de Mejora y la Aplicación de Técnicas y Herramientas para la Gestión de la Calidad".
- Resolución Ministerial N°414-2015/MINSA, que aprueba el Documento Técnico:" Metodología para la Elaboración de las 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 Auditoria de la Calidad de Atención en Salud".
- Resolución Ministerial N°850-2016/MINSA, que aprueba las "Normas para la elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud.
- Resolución Ministerial N°811-2018/MINSA, que aprueba la Directiva Administrativa N°251-MINSA/2018/DGOS, "Directiva para la elaboración e Implementación del Plan Cero Colas en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) adscritas al Ministerio de Salud".
- Resolución Ministerial N°163-2020/MINSA, que aprueba la Directiva Sanitaria N°92-MINSA/2020/DGAIN:" Directiva Sanitaria de Rondas de Seguridad del Paciente para la gestión del riesgo en la atención de salud.
- Resolución Ministerial 251-2020-MINSA, que establece el 5 de mayo como Día Nacional de La Higiene de Manos.
- Resolución Ministerial N°316-2020*-MINSA. Comité de Vigilancia de asignación y uso de Equipos de Protección Personal.
- Resolución Ministerial N°826-2021/MINSA "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud".

VI. CONTENIDO

6.1 COMPRENSION DE LA ORGANIZACIÓN Y SU CONTEXTO

Cuestiones Externas

Variables	Descripción	Amenaza	Oportunidad
Política	Rotación frecuente en la Alta Dirección MINSA / unidades ejecutoras	X	
	Crisis Política	X	
Económica	Crisis Económica	X	
	Competencia del Mercado	X	

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

Social	Acceso a Usuarios de menores recursos		X
Tecnología	Facilitar integrar información hacerla accesible		X
Legal	Contribuir al cumplimiento de normas y directrices determinados por el Órgano Central		X
Normativa	Reglamento para la Gestión de Reclamos y Denuncias		X
Medio Ambiente	Uso de recursos cuidando el Ecosistema		X

Cuestiones Internas

Variables	Descripción	Debilidad	Fortaleza
Organización valores	Identificación Institucional		X
Organización Cultura	Cultura de Seguridad y Calidad	X	
Administración	Sistemas tecnológicos e informáticos Desfasados	X	
Recursos humanos	Con experiencia y capacidad técnica		X

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

Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé"

Partes Interesadas

Variables	Parte Interesada	Descripción de la necesidad o expectativa
Usuario	Externos	Satisfacción con la atención de salud /resolución de problemas de salud.
Usuario	Internos	Satisfacción Laboral, preservar su integridad
Ministerio de Salud	Área funcional de Calidad	Implementar lineamientos de nivel central
DIRIS Lima Centro	Oficina de Calidad	Mejorar la coordinación y articulación del trabajo en calidad
Dirección del Hospital	Alta Dirección	Cumplir con acuerdos de gestión, implementar normas del MINSA. Informar sobre problemas de calidad

6.2 IMPLENTACION DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN EL HONADOMANI "SAN BARTOLOMÉ"

El Sistema de Gestión de la Calidad del HONADOMANI San Bartolomé, este articulado con la Política Nacional de Calidad en Salud aprobada mediante Resolución Ministerial N°727-2009/MINSA; por lo tanto, contribuye a la implementación de las políticas de referentes a las Organizaciones Proveedoras de Atención de Salud y sus Establecimientos de Salud.

El HONADOMANI San Bartolomé, establece y dirige estrategias de implementación de la Política Nacional de Calidad, mediante sistemas y procesos organizacionales orientados al desarrollo de una cultura centrada en las personas y que hace de la mejora continua su tarea central.

El objetivo es garantizar la adecuada implementación de la Políticas Nacionales de Calidad utilizando como estrategia la implementación de un Sistema de Gestión de la Calidad de la Atención de Salud.

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

En ese marco el presente Plan de Gestión de la Calidad se articula con las siguientes Políticas Nacionales de Calidad de la Atención en Salud que a continuación detallamos:

Séptima Política:

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.

- ✓ **Objetivo:** Mejorar la calidad de la atención de salud de manera sistemática y permanente.
- ✓ **Estrategias:** Acreditación de establecimientos y servicios médicos de apoyo. Implementación de planes, programas y procesos de mejora de la calidad de la atención en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo.

Octava Política

Las organizaciones proveedoras de atención de salud asumen como responsabilidad que los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo bajo su administración, implementen mecanismos para la gestión de riesgos derivados de la atención de salud.

- ✓ **Objetivo:** Reducir la ocurrencia de eventos adversos durante el proceso de atención de salud y atenuar sus efectos.

- ✓ **Estrategias**:
  Implementación de mecanismos de información sobre la ocurrencia de incidentes y eventos adversos.

  Implementación de planes de seguridad para la gestión de la reducción y mitigación de los riesgos derivados de la atención.

Novena Política

Las organizaciones proveedoras de atención de salud asumen como responsabilidad que los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo bajo su administración, protejan los derechos de los usuarios, promuevan y velen por un trato digno. Asimismo, fomenten prácticas de atención adecuadas a los enfoques de interculturalidad y género; brinden las facilidades para el ejercicio de la vigilancia ciudadana de la atención de salud.

- ✓ **Objetivo:**
  Garantizar el pleno ejercicio del derecho a la salud de los usuarios con enfoque de interculturalidad y género.

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

- ✓ **Estrategias**:
  Implementación de instancias y mecanismos de protección de los derechos de los usuarios.
  Promoción de prácticas de atención orientadas por los enfoques de interculturalidad y género.
  Implementación de mecanismos para el acceso a la información de la atención brindada a los usuarios.

El Sistema de gestión de la Calidad en salud establece cuatro (4) componentes:

- ✓ Planificación para la Calidad
- ✓ Organización para la Calidad
- ✓ Garantía y Mejora
- ✓ Información para la calidad

El despliegue del Sistema de Gestión de la Calidad en el HONADOMANI "San Bartolomé" se desarrolla en cada uno de esos cuatro componentes.

6.2.1 PLANIFICACIÓN

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 es el Documento Técnico Sistema de Gestión de la Calidad en Salud aprobado con Resolución Ministerial N°519-2006/MINSA, en mayo del 2006 y el Documento Técnico '"Política Nacional de Calidad en Salud", aprobado por Resolución Ministerial N°727-2009/MINSA, en octubre del 2009. Asimismo, se toma en consideración el Plan Operativo Institucional 2023 aprobado con RD N° 196-2022-DG-HONADOMANI.SB y el Decreto Supremo N° 021-2022 que define los indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios correspondientes al año 2023.

Los planes que debe elaborar la Oficina de Gestión de la Calidad son los siguientes:

1.- Plan de la Gestión de la Calidad 2023

2.- Plan de Mejora de Autoevaluación 2023

3.- Plan de trabajo de Mejora Continua de la Calidad 2023

4.- Plan Cero Colas 2023

5.- Plan de Auditoria de la Calidad de la Atención 2023

6.- Plan de trabajo de Seguridad del paciente 2023

y el Cronograma de Rondas de Seguridad 2023

6.2.2. ORGANIZACION 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

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

nivel externo con sus referentes a nivel de las instancias superiores (DIRIS) y el ente rector Unidad Funcional de Gestión de la Calidad

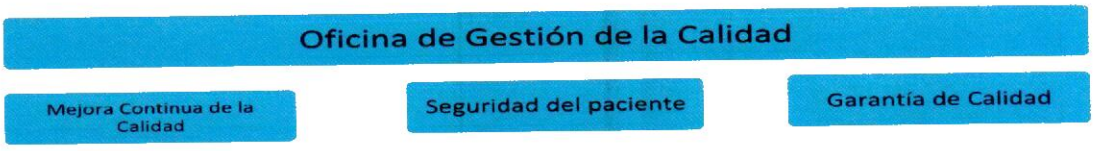
Para el cumplimiento de sus responsabilidades funcionales establecidas en el Manual de Organización y Funciones vigente cuenta con tres unidades (grafico n°1)

Unidad de Mejora Continua de la Calidad, encargado de constituir el soporte de la gestión de la calidad, orientado a desarrollar metodología 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 la Calidad encargado de desarrollar un conjunto de acciones en forma deliberada y sistemática con la finalidad de, normar y vigilar y mejorar el desempeño, en forma continua y cíclica, permitiendo que la prestación de los 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 Organización de la Oficina de Gestión de la Calidad



6.2.3 GARANTIA Y MEJORA DE LA CALIDAD

- ✓ **Evaluación, monitoreo y toma de decisiones**
  La Oficina de Gestión de la Calidad promueve la formulación de indicadores de Calidad y Seguridad de la atención institucional. Hasta la fecha se han aprobado los Indicadores de Calidad de Banco de Sangre con Resolución Directoral N°201-2019-DG-HONADOMANI-SB del 14 de noviembre del 2019
- ✓ **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 año 2021 el Plan de Auditoria se formuló en el marco de la norma de la auditoria: NTS N°029/MINSA/DIGEPRES-V.02, Norma Técnica de Salud de Auditoria de la Calidad de la Atención en Salud. En el año 2021, el

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

Plan de Auditoria de la Calidad de la atención en Salud se aprobó mediante Resolución Directoral N ° 030-2021-DG-HONADOMANI-SB (5/3/2021)
Mediante Resolución Directoral N°1672-2021-dg-HONADOMANI-SB se conformó el Comité de Auditoria Medica y el Comité de Auditoria de Salud se conformó mediante Resolución Directoral N|205-2021-DG-HONADOMANI-SB
Mediante Resolución Directoral N ° 263-2018-DG-HONADOMANI-SB se conformó un Comité de Auditoria Médica Adscrita del Departamento de Pediatría.

✓ **Acreditación de establecimientos**

Desde el 2008 el Hospital ha llevado a cabo 14 Autoevaluaciones. Cada una implicó la designación formal de los Evaluadores Internos y la Elaboración y Oficialización del Plan de Autoevaluación; en el año 2021, se hizo mediante la RD N°155-2021-dg-HONADOMANI-SB y la RD N ° 222-2021-DG-HONADOMANI-SB, respectivamente.

A lo largo de estos trece años, se han implementado diversas estrategias como la semaforización, el monitoreo de los macro procesos 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 mejorará continuamente los procesos y cumplir con los estándares establecidos para la acreditación.

En el 2022, el proceso de Autoevaluación se está incorporando con los compromisos de Mejora Institucional.

Seguridad del Paciente

Uno de los aspectos importantes de 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 han implementado el sistema de notificación de eventos adversos, oficializado mediante Resolución Directoral N°205-DG-HONADOMANI-SB-2006, del 30 de noviembre del 2006, la cual ha sido reformulada en el 2014 y oficializada mediante la Resolución Directoral N°0310-DG-HONADOMANI-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
- 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.

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

Mediante la Resolución Directoral N°125 DG-HONADOMANI-SB-2018 se aprobó el Documento Técnico: Instructivo para el llenado de la Lista de verificación de la Seguridad de la Cirugía.

Mediante Resolución Directoral N°014 -DG-HONADOMANI-SB-2018 se aprobó la Guía Técnica: Metodología para el Análisis de Causa Raíz de Eventos Centinela.

Mediante Resolución Directoral N°084 -DG-HONADOMANI-SB / 2021, se aprobó el Documento Técnico: Rondas de Seguridad en Tiempos de Covid-19 del hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé.

El 2023 las Rondas de Seguridad se incorporaron en los Compromisos de mejora Institucional

El Reporte de incidentes de Seguridad se da de la siguiente manera:

En el año 2021, estamos considerando en la Tabla N°01, el porcentaje de servicios que reportan casos de incidentes de seguridad, los que reportan cero incidentes de seguridad (NR) y los que no envían ningún informe (NI). Los servicios que están de color verde son los que han enviado fichas de incidentes de seguridad (reportan casos 9 y los servicios de color rojo, son aquellos que informan cero incidentes (no reportan casos NR) y los que no envían ningún informe (NI), El porcentaje por Departamento resulta de los Servicios que si reportan casos.

En la Tabla N ° 01 en el año 2021, observamos que de los 31 servicios (Unidades Notificantes) de todo el hospital 02 servicios no han funcionado (NF) por el contexto de la pandemia, de los 29 que han funcionado solo 12 servicios (41%) han enviado de manera regular el consolidado de incidentes de seguridad reportando casos. 11 servicios (38%) han reportado de manera constante cero casos y 06 servicios (21%) permanentemente no han informado, ello implica que aparentemente habrían mitigado y/*o controlado la ocurrencia de incidentes de seguridad (lo cual es poco probable en un estado de pandemia); por lo tanto, podríamos concluir que lo más probable es que estamos frente a un sub registro, esto debe ser analizado por cada Jefatura de Departamento y Servicio. La literatura reporta que la prevalencia de eventos adversos es alrededor del 10% de los pacientes internados.

Estandarización de la atención

Mediante la Resolución Directoral N°089-DG-HONADOMANI-2018-SB, se aprobó la Guía Técnica para la Elaboración de una Guía de Procedimiento Asistencial

La elaboración de la Guía de Práctica Clínica está regulada por la Directiva Sanitaria N°002-OGC-HONADOMANI-SB-2009-V.021 "Directiva Sanitaria para la Elaboración de las Guías de Práctica Clínica

Respecto a las Guías de Práctica Clínica, se está optando para la adopción de Guías ya elaboradas.

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

Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé"

Mejoramiento Continuo de la Calidad

La Oficina de gestión de la Calidad en el marco de sus actividades 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 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 a los que elaboren planes de mejora de procesos en la diferentes Unidades Productoras de Servicios.

6.2.4. INFORMACION PARA LA CALIDAD

Instrumentos para la Medición de la Calidad

El 11 de julio del 2011, mediante 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.

Mediante la resolución Directoral N°086-2021-DG-HONADOMANI-SB, se aprobó el Documento Técnico: Manual para el desarrollo de Entrevistas en Profundidad en el Sistema de Gestión de la Calidad del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé.

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 del Usuario y del sistema de atención de reclamos y sugerencias.

Las actividades de la Plataforma de atención del 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-HONAFOMANI-SB-2017.

El manejo de la Plataforma de Atención del Usuario está a cargo de la Oficina de Comunicaciones, mediante Resolución Directoral N°054-2019-DG-HONADOMANI-SB. El 2021 mediante resolución Directoral N°199-2021-DG-HONADOMANI-SB, se aprobó el Documento Técnico: Directiva Administrativa

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

N°01-2021-V.01Del Funcionamiento de la Plataforma de Atención del Usuario en Salud del Hospital Nacional Docente Madre niño San Bartolomé.

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 esta normado por el Decreto Supremo N°002-2019-SA Reglamento para la Gestión de Reclamos y denuncias de los usuarios de las Instituciones Administradoras de Fondos 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 y mixtas.

Desde febrero del 2021 por el contexto de la Pandemia por COVID-19 se implementaron los reclamos virtuales, que vienen realizándose hasta la fecha.

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. Esta medición cobra mayor énfasis con la dación de la Directiva Administrativa N°251-MINSA/2018/DGOS," Directiva para la elaboración e implementación del Plan Cero Colas en las Instituciones Prestadoras de servicios de Salud (IPRESS) adscritas al Ministerio de Salud".

En el Perú, debido a la Emergencia Sanitaria originado por el Covid-19 el año 2020, al aislamiento social obligatorio y al confinamiento de las personas, por disposición del Ministerios de salud, la institución suspendió sus actividades en la consulta externa, siendo utilizado estos ambientes para la hospitalización de los pacientes COVID-19.

Se reestructuró la atención a través de los canales de atención virtuales como la tele orientación, tele consulta, tele monitoreo y tele diagnóstica por imágenes a través de un esfuerzo coordinado y transversal, minimizando el desplazamiento de pacientes al establecimiento.

El año 2021, se inició la apertura parcial de los consultorios externos centralizando toda la atención en los ambientes de la cochera, para atender la gran demanda de pacientes y lograr recuperar a esa población que había quedado en un momento desatendida.

En nuestra institución, entre los meses de mayo a agosto del 2022, se realizó la medición del tiempo de espera en los servicios de la Consulta externa de Ginecoobstetricia, Pediatría y Subespecialidades Pediátricas y Cirugía Pediátrica, cuyos resultados obtenidos fueron:

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

TABLA N° 01
Tiempos Promedio de espera en la Consulta externa según Servicios
HONADOMANI SB- Año 2022

SERVICIOS/TIEMPO	Menor tiempo demostrado (minutos)	Mayor tiempo demostrado (minutos)	Espera en Colas (minutos)	Tiempo a optimizar (minutos)
PEDIATRIA –SUB ESPECIALIDADES PEDIÁTRICAS	12	204	197	130
GINECO OBSTETRICIA	24	201	196	115
CIRUGIA PEDIATRICA	4	183	175	120

Fuente: Oficina de Gestión de la Calidad. HONADOMANI.S.B

Comentario.- El mayor tiempo promedio de espera demostrado en la consulta externa está en los consultorios de Pediatría y Sub especialidades con 204 minutos y el menor tiempo promedio de espera demostrado, se encuentra en los consultorios de Cirugía pediátrica con 4 minutos. El tiempo promedio a optimizar es de 113 min.

6.3 DIAGNOSTICO SITUACIONAL

LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN 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, Humano, 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

6.3.1.- DIMENSION ENTORNO

La dimensión del entorno físico se refiere a la organización de la institución y a las características de los servicios de salud. Tiene los siguientes atributos: Accesibilidad, Tangibilidad. Se ponen de manifiesto los componentes subjetivo y objetivo de la calidad.

En el año 2022 se desarrolló la Evaluación de la satisfacción de los usuarios externos, mediante la aplicación de encuestas estandarizadas del MINSA aprobadas con RM N° 527-2011/MINSA, en los servicios de consulta externa, emergencia y hospitalización.
Según resultados encontrados en esta evaluación la dimensión de la calidad "Aspectos Tangibles" son los siguientes:

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

Tabla N° 2.- Grado de Satisfacción en la Dimensión "Aspectos tangibles"

Encuesta de Satisfacción del Usuario Externo– HONADOMANI SB 2022.

DIMENSIONES	Consulta externa	Emergencia	Hospitalización
ASPECTOS TANGIBLES	60.7%	62.5%	60.3%

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

En términos generales, los usuarios externos de nuestro hospital muestran satisfacción con los aspectos tangibles de la atención, encontrándose estos porcentajes de acuerdo a estándar establecido (>60%).
Sin embargo, hay algunos aspectos específicos que forman parte de esta dimensión que generan insatisfacción (>40%) en nuestros usuarios:
En la encuesta de consulta externa, la insatisfacción llegó a 54.5% respecto a los carteles, letreros y flechas si le parecen adecuados para orientar a los pacientes y en 46.6% respecto a si el consultorio y la sala de espera se encontraron limpios y fueron cómodos.
En la encuesta de emergencia, la mayor insatisfacción se encontró en 44.3% respecto a que el servicio cuente con personal para informar y orientar a los pacientes.
En la encuesta de hospitalización, la mayor insatisfacción se encontró en 57% respecto a ropa de cama, colchón y frazadas sean adecuados.

6.3.2.- 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 son los siguientes:

Tabla N° 3.- Porcentajes de Satisfacción de las Encuestas de Satisfacción de los Usuarios Externos según Servicios - HONADOMANI.SB- Año 2022

Servicios	General	Dimensión empatía
Consulta externa	70.9%	71%
Emergencia	69.4%	70.7%
Hospitalización	70.3%	74%

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

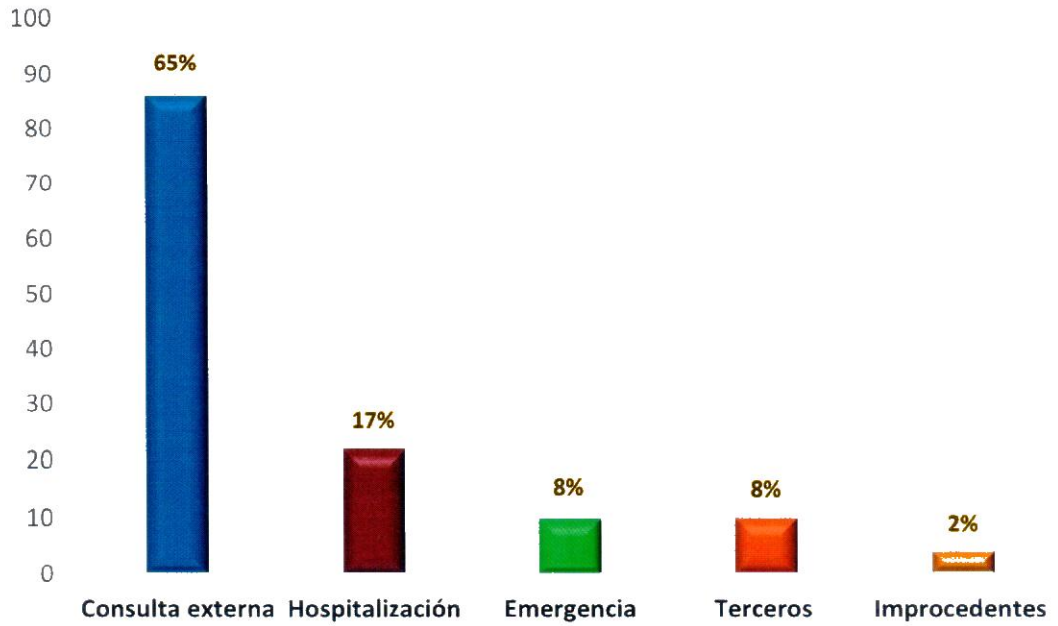
Ministerio de Salud - Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé" - Oficina de Gestión de la Calidad

Según los resultados encontrados en la encuesta realizada en el año 2022, en términos generales muestra satisfacción con la atención recibida, encontrándose la dimensión empatía por encima del estándar esperado (>60%).
Sin embargo, hay algunos aspectos específicos que forman parte de esta dimensión que generan insatisfacción (>40%) en nuestros usuarios:

En la encuesta de consulta externa, la insatisfacción llegó a 46.1% a comprensión de la explicación que el médico le brindó sobre su problema de salud o resultado de su atención, 50% si comprendió la explicación que le brindó el médico sobre el tratamiento que recibirá: tipo de medicamentos, dosis y efectos adversos y 55.9% si comprendió la explicación que el médico le brindó sobre procedimientos o análisis que realizarán en la consulta externa de Cirugía pediátrica.
En la encuesta de hospitalización, la mayor insatisfacción se encontró en 40.5% respecto a si personal de enfermería mostró interés en solucionar cualquier problema durante su hospitalización.
Respecto a la Gestión de Libro de Reclamaciones institucional 2021, durante este periodo se registraron 72 reclamos en salud en los Libros de Reclamaciones físico y virtual con los que cuenta la entidad para tal propósito.
El servicio de Consulta externa generó el 65% de los reclamos, el servicio de hospitalización el 15%, el servicio de emergencia 6%, terceros 4% y se declararon improcedentes el 10% de los reclamos en el 2021.

En el año 2022 los reclamos presentados por los usuarios externos en los Libros de reclamaciones virtual y físico se registraron en mayor porcentaje en el área de consulta externa (65%).

Gráfico N° 2.- Reclamos por Servicios de Ocurrencia
HONADOMANI SB- Año 2022

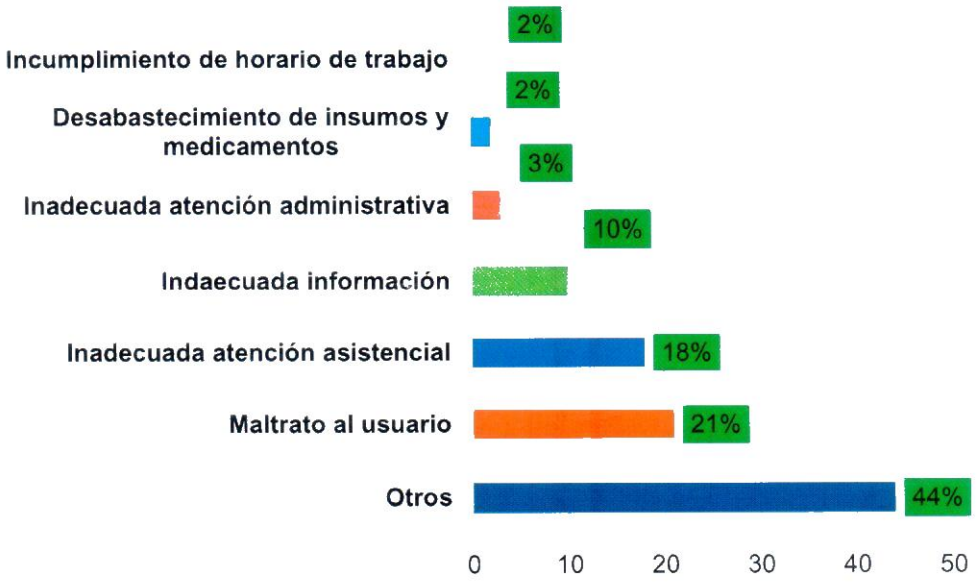


Fuente: Oficina de Gestión de la Calidad-UMC-HONADOMANI SB.

Ministerio de Salud
Oficina de Gestión de la Calidad

La temática más reclamada durante el año 2022 ha sido la señalada como el rubro de Otros que representa el 44% de los reclamos y que no está relacionada directamente con la atención sino con la dificultad para poder comunicarse con la Unidad de admisión, atención de terceros, percepción de información no clara.

Gráfico N° 3.- Reclamos según temática
HONADOMANI.SB Año 2022



Fuente: Unidad de Mejora Continua-OGC

De los 132 reclamos presentados en el año 2022 se ha atendido el 97% de los reclamos dentro del plazo y 3 % fuera del plazo que señala la ley.

Gráfico N° 4.- Oportunidad de la atención de los Reclamos
HONADOMANI.SB – Año 2022

Fuente: Unidad de Mejora Continua-OGC. HONADOMANI S.B.

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

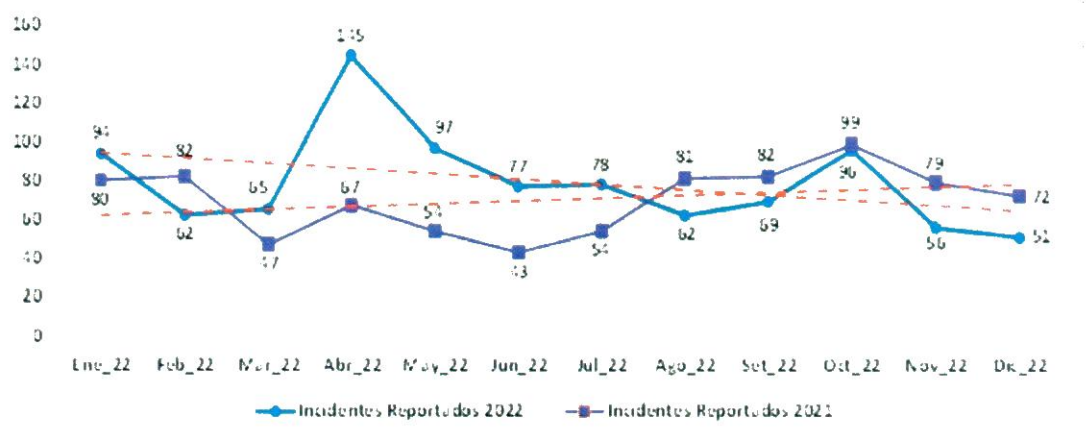
6.3.3.- DIMENSION TECNICA

Esta dimensión tiene que ver fundamentalmente con la seguridad de la atención, por lo que la mejor fuente para ilustrará esta dimensión es el sistema de notificación de eventos adversos.

Incidentes de Seguridad

El total de incidentes de seguridad del paciente reportados por todos los servicios del HONADOMANI-SB del periodo enero a diciembre del 2022 fue de 952, comparativamente en el año 2021 se reportaron 840 incidentes de seguridad con un alinea de tendencia ascendente. En el mes de abril se observa un pico.

Gráfico N° 5
Incidentes de Seguridad del paciente Enero – Diciembre 2022 Vs. 2021

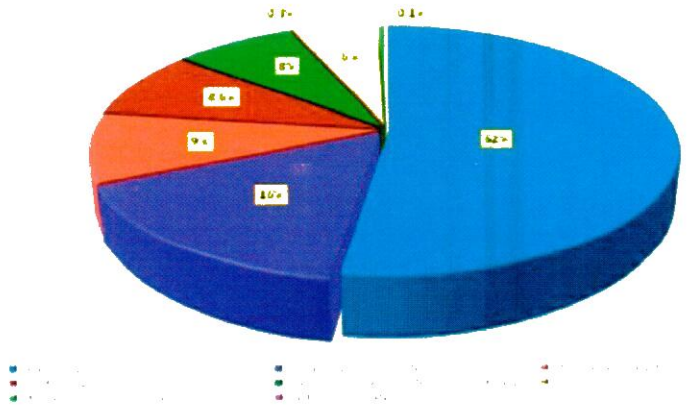


Fuente: Notificación de Incidentes de Seguridad por Servicio. Unidad de Seguridad del Paciente –OGC

En el Gráfico N° 5, podemos observar el total de incidentes de seguridad del paciente reportados por todos los servicios del HONADOMANI-SB del periodo enero a diciembre 2022 comparativo con el 2021. En el año 2022 se han reportado 952 incidentes de seguridad del paciente, observamos una línea de tendencia descendente. Comparativamente, en el año 2021 se reportaron 840 incidentes con una línea de tendencia ascendente
Desde el año 2014 se empezaron las notificaciones con el propósito inicial de fomentar la participación del personal reportando todo presunto incidente de seguridad; en el transcurso de los años se ha ido fortaleciendo la adherencia y los criterios para reconocer un "verdadero incidente de seguridad".

Si revisamos los incidentes de seguridad según tipo, vemos que para el año 2022, el 81% (769reportes) corresponden a incidentes de seguridad con daño - evento adverso, el18% (172 reportes) a incidentes de seguridad sin daño y se reportó 11 eventos centinelas (1%).

Gráfico N ° 6
Incidentes de Seguridad del paciente Reportados por Departamentos
HONADOMANI.SB - Año 2022



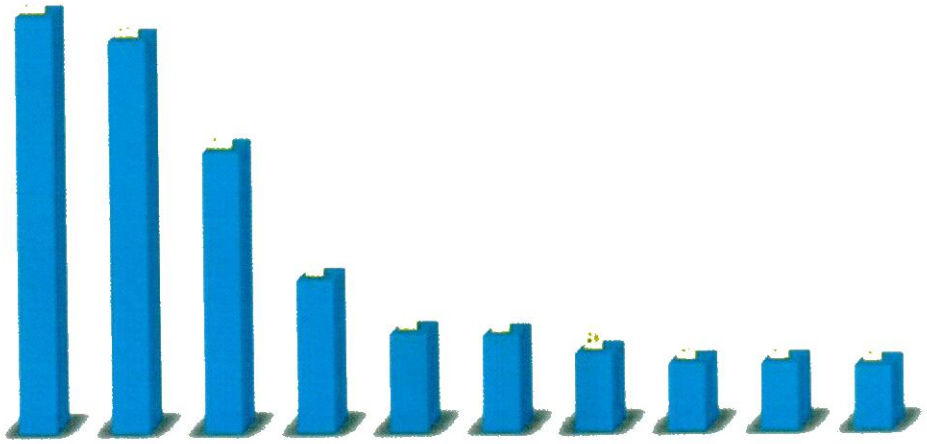
Fuente: Notificación de Incidentes de Seguridad por Servicio. Unidad de Seguridad del Paciente –OGC

Al analizar la notificación de incidentes de seguridad por Departamentos, podemos observar que los más han reportado durante el año 2022 fueron: Gineco-Obstetricia, Apoyo al Tratamiento, Emergencia y Cuidados Críticos, Cirugía Pediátrica, Anestesiología y Centro Quirúrgico.

Según el análisis del reporte por servicios, en el año 2022 de los 31 Departamentos que han funcionado solo 07 servicios (23%) han enviado de manera regular el consolidado de incidentes de seguridad reportando casos, 19 servicios (61%) han reportado de manera más o menos constante cero casos y 05 servicios (16%) permanentemente no han informado.

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

Gráfico N° 07
Diez incidentes de seguridad del paciente más frecuentes
HONADOMANI.SB – Año 2022



Fuente: Notificación de Incidentes de Seguridad por Servicio. Unidad de Seguridad del Paciente –OGC

Durante el año 2022 de los 10 incidentes de seguridad del paciente más frecuentes reportados por el HONADOMANI-SB, los 5 primeros representaron más del 50% (476 incidentes) del total de reportados en el año. Los incidentes más frecuentes fueron: La retención de los productos de la concepción, el desgarro de pared vaginal, el ESAVI (por la vacunación para el covid-19), le sigue la mala calidad del dispositivo médico y la atonía uterina.

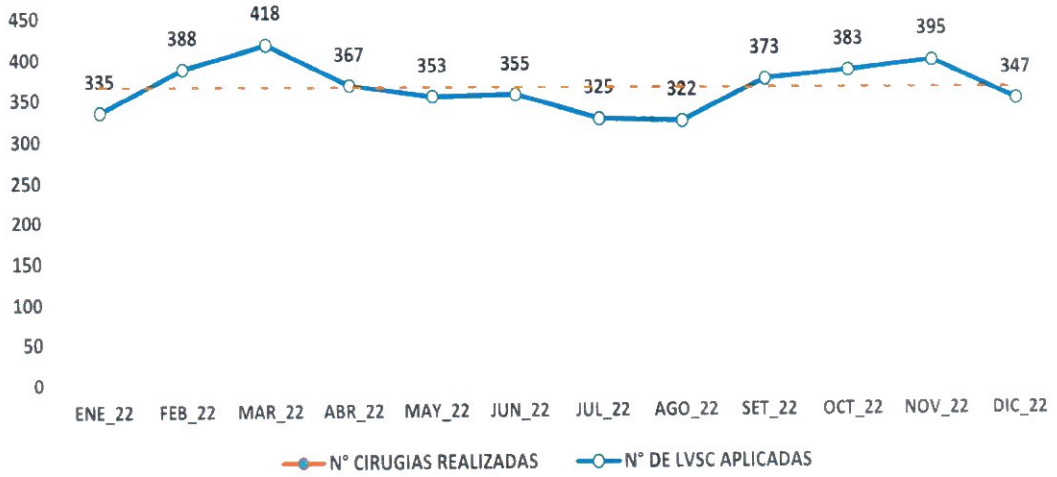
Como eventos centinela se reportaron 11 en el año 2022, el servicio que reporto la mayor cantidad de casos es el servicio de Cirugía Pediátrica (03 casos), el evento centinela más frecuente fue la muerte materna (2casos), muerte infantil (2 casos), óbito fetal (2 casos), otras muertes 03 casos y muerte neonatal (01 caso).

Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía

En nuestro Hospital desde el año 2009 se ha implementado y se aplica la Lista de Verificación de Cirugía segura (LVSC) y mensualmente se monitoriza y evalúa su aplicación. En relación a la aplicación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía durante el periodo de enero a diciembre del 2022, se realizaron un total de 4361 procedimientos quirúrgicos y se aplicaron el mismo número de Listas de Verificación de la Seguridad de la Cirugía, con una Adherencia de la LVSC del 100% en los 4361 procedimientos realizados, manteniendo una tendencia estable en el número de procedimientos en los meses del año.

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

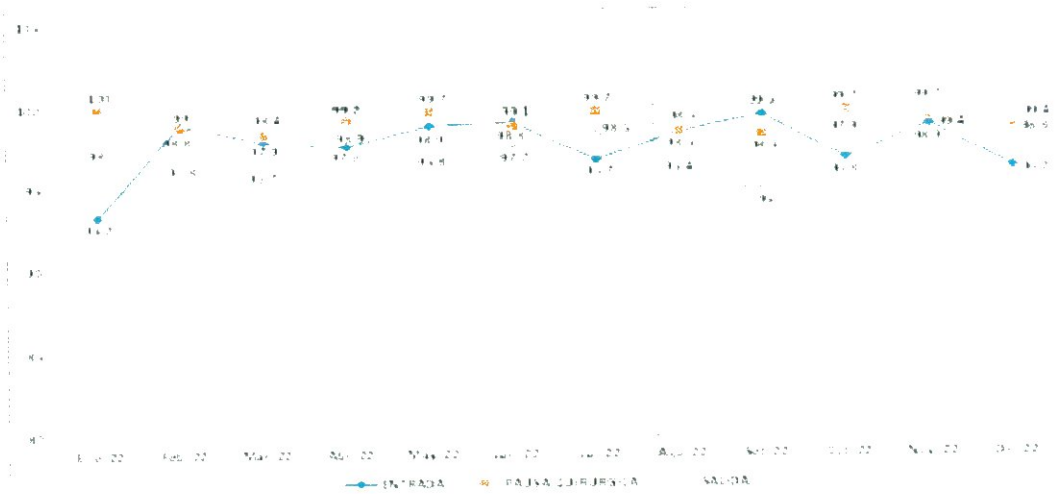
Gráfico N° 08
LVSC Aplicadas vs Cirugías Realizadas
HONADOMANI.SB enero a diciembre Año 2022



Fuente: Reporte del Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico. Enero a diciembre 2022.

En el gráfico N° 08 apreciamos que, la adherencia de la LVSC es del 100%, con un total de 4361 procedimientos quirúrgicos realizados de enero a diciembre del 2022 y con una tendencia estable en el número de procedimientos quirúrgicos

Gráfico N° 9
Porcentaje de cumplimiento de la LVSC por cada momento por meses
HONADOMANI.SB Enero a diciembre Año 2022



Fuente: Reporte del Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico. Enero a diciembre 2022.

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

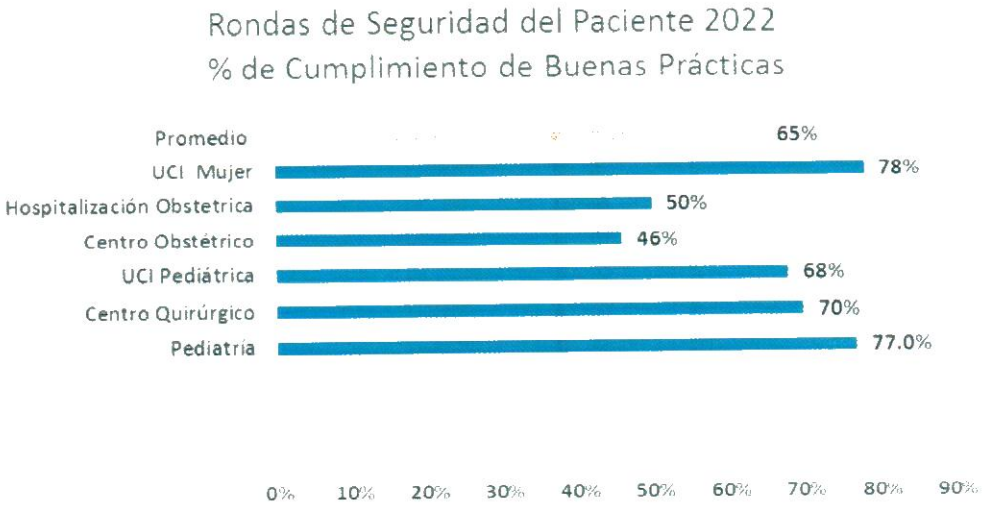
Del cumplimiento de las tres etapas de la LVSC de enero a diciembre. Observamos que, la segunda etapa (pausa quirúrgica) es la que presenta el mayor cumplimiento, seguida de la primera etapa (antes de la inducción anestésica) y luego la tercera etapa (antes que el paciente salga del quirófano). Los promedios de cumplimiento son: 98% de la primera etapa ,99% de la segunda etapa y 97% en la tercera etapa.

Los ítems de mayor incumplimiento fueron el incumplimiento de la permanencia del cirujano asistencia en sala de operaciones hasta el cierre de piel; seguido de la no previsión de la disponibilidad de sangre, plasma, dos vías de acceso y pruebas cruzadas, cuando el paciente tiene riesgo de hemorragia.

Rondas de seguridad del paciente

En el año 2022 se cumplió con el 100% de las rondas de seguridad del paciente programadas (12rondas), lográndose evaluar en dos oportunidades a cada servicio.

GRAFICO N° 10
Promedio del cumplimiento de buenas prácticas en las rondas de seguridad del paciente según Servicio
HONADOMANI.SB Año 2022



Fuente: Reporte del Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico. Enero a diciembre 2022.

En el gráfico N° 10 se observa, que de los Servicios en los que se realizó las rondas de seguridad del paciente, solo en dos de ellos se supera el 70% de cumplimiento de las buenas prácticas evaluadas, siendo los Servicios de Hospitalización Obstétrica y de Centro Obstétrico los que tienen el menor porcentaje de cumplimiento (50% y 46% respectivamente). El promedio general de cumplimiento fue de 65%.

En el gráfico se observa, que de los servicios en los que se realizado las rondas de seguridad del paciente, solo en dos de ellos se supera el 70%de cumplimiento de las buenas practica evaluadas, siendo los servicios de Hospitalización Obstétrica y de Centro Obstétrico los que tienen el menor porcentaje de cumplimiento (50% y 46%respectivamente). El promedio general de cumplimiento fue del 65%.

TABLA N° 4
Monitoreo de la implementación de acciones correctivas de las buenas prácticas incumplidas en las Rondas de Seguridad del Paciente
HONADOMANI.SB Año 2022

Monitoreo de las Rondas de Seguridad 2022.II Semestre

Fecha	Rondas de Seguridad	Implementación de las Acciones Correctivas				
		Total	Implementado	Proceso	No Implementado	% de Implementación
Mayo	Hospitalización Obstetrica	20	12	6	2	60%
Junio	UCI Mujer	8	5	3	0	63%
Julio	Pediatría	10	9	1	0	90%
Agosto	Centro Quirúrgico	13	6	4	3	46%
Septiembre	UCI Pediátrica	16	8	1	7	50%
Octubre	Centro Obstétrico	19	8	2	9	42%
Noviembre	**Hospitalización Obstetrica	15	0			
Diciembre	*UCI Mujer					
	TOTAL	101	48	8	19	48%

Fuente:Unidad Seguridad paciente.Informes de los Dptos. * No se informa porque estan dentro de los plazos

** Dpto de G-O no entrega informe a la fecha

Fuente: Oficina de Gestión de la Calidad-Unidad de Seguridad del paciente

El porcentaje de rondas de seguridad del paciente desarrolladas es del 100%. De los servicios en los que se realizó las rondas de seguridad del paciente, solo dos de ellos se supera el 70% de cumplimiento de las buenas prácticas evaluadas.

En relación al total de cumplimiento de la implementación de acciones correctivas, de un total 101, se han implementado solo 48 lo que corresponde a un 48%de cumplimiento, 21 acciones correctivas no han sido implementadas y 17 están en proceso de implementación.

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

Análisis de Causa Raíz de Eventos Centinela

En el marco del sistema de identificación y notificación de incidentes de seguridad, en el año 2022 se realizaron 05 análisis causa raíz.

De los 11 eventos centinela reportados durante el año 2022, 02 correspondieron a muertes maternas en la cuales se realizó auditoria médica. De los 09 eventos centinela restantes, se realizó el análisis causa raíz de 05 eventos centinela, ello se debió a la limitación de recursos humanos, específicamente la falta de un profesional médico más en la unidad de seguridad del paciente, adicionalmente, el contexto de la pandemia y la sobrecarga de labores de los equipos de salud de los diferentes servicios, limitaron la disponibilidad de tiempo para realizará las reuniones de ACR.

Adherencia a la higiene de manos

La adherencia a la higiene de manos es una medida importante y eficaz contra la infección asociada a los cuidados, además reduce el riesgo de infecciones y contribuye en la defensa contra la propagación de muchas enfermedades.

En el hospital San Bartolomé la medición es mensual, durante el año 2022, se analizaron 536 oportunidades en los servicios: Hospitalización en Obstetricia, Hospitalización en Pediatría y Cirugía pediátrica.

En el Servicio de Gineco obstetricia hubieron 167 oportunidades (23.7%), en Pediatría hubo 193 oportunidades (35.3%) y en Hospitalización de Cirugía Pediátrica hubo 166 oportunidades (26.6%), siendo el promedio de la adherencia a la higiene de manos fue 28.5%. .

CALIDAD DE LA ATENCION POR MACROPROCESOS (AUTOEVALUACIÓN)

El proceso de Acreditación está basado en la comparación del desempeño del prestador de salud con una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar y de esta manera mejorar la calidad de la atención en una organización, así como la medida en la que se ha logrado organizarse para brindar una atención de calidad, este es u proceso obligatorio que debemos cumplir. El Logro de estos estándares nos da paso al proceso de la acreditación. La primera fase de la acreditación es la autoevaluación que en el 2022 fue del 83%.

De los 21 macro procesos evaluados, el grupo de macro procesos que obtuvo mayor porcentaje de cumplimiento fue de los Gerenciales 88.83%, seguido de los macro procesos de Apoyo 80.27% y en último lugar el grupo de los macro procesos prestacionales 79.49%.

De los 21 macro procesos evaluados, 1 alcanzo calificación menor del 50%(rojo), 2 macro procesos alcanzaron calificación mayor del 50% y menor al 70%(anaranjado) ,8 macro procesos alcanzaron calificación entre 71% y menor del 85%(amarillo) y finalmente 10 macro procesos alcanzaron calificación mayor del 85% (verde).

De lo observado se concluye que el hospital ha mejorado la calificación en el transcurso de los años, observando una curva ascendente, es necesario plantear

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

un proceso de autoevaluación en los macro procesos que obtuvieron menos del 70% y a continuación el proceso de autoevaluación.

Auditoria de la calidad de la atención

En el marco del cumplimiento del Plan de Auditoria correspondiente al año 2022, la Oficina de Gestión de la Calidad, a través de la Unidad de Garantía de la Calidad coordina y apoya el desarrollo de actividades de Auditoria Médica y de Salud. En el año 2022 se realizaron 4 auditorías médicas, 3 de ellas fueron muertes maternas y un recién nacido con trauma obstétrico.

La oficina de Gestión de la Calidad realiza el seguimiento del cumplimiento de la recomendación cuyo porcentaje fue un 60%.

Mediante la resolución Directoral N°030-2021-DG-HONADOMANI-SB, del 5 de marzo del 20221. La Dirección General aprobó el Documento técnico Plan de Auditoria para la Calidad de Atención en Salud del HONOADOMANI San Bartolomé, el cual tiene como finalidad mejorar la calidad de nuestros usuarios, incidiendo en los procesos de atención. La Unidad de Garantía de la Calidad y los Comités de Auditoria Médica y de Salud fueron los responsables de cumplir con las actividades del mencionado plan.

El total de actividades programadas en el Plan Operativo Institucional de La Oficina de Gestión de la Calidad son 4 actividades y 19 tareas contenidas en 4 objetivos:

Objetivo N°1.- Organizar las actividades de los Comités de Auditoria

Objetivo N°2.- Evaluar la Calidad de registro en la Historia Clínica durante la atención por tele consulta.

Objetivo N°3.- Identificar los aspectos más frecuentes de incumplimiento de las normas.

Objetivo N°4.-Promover la mejora continua de la atención a partir de la identificación de las no conformidades de la auditoria de registro de la tele consulta

De las 19 tareas programadas en el Plan de Gestión de Calidad 2022, 15 se cumplieron (79%) y 4 (21%) están en proceso.

6.4. Articulación estratégica con los objetivos y acciones del PEI 2023

TABLA N° 5

Objetivo Estratégico		Acción Estratégica		Categoría Presupuestal	Código de producto	Actividad Operativa	Código de actividad
OEI.04	Fortalecer la rectoría y la gobernanza sobre el sistema de salud y la gestión institucional para el desempeño eficientes; ético e íntegro; en el marco de la modernización dela gestión publica	AOEI.04.2	Gestión orientada a resultados al servicio de la población con procesos optimizados y procedimientos administrativos simplificados	9001-Acciones centrales	3999999	Gestión administrativa	5000003

Fuente: Plan Operativo Institucional 2023. HONADOMANI. SB

6.5. Articulación operativa con las actividades del POI 2023 según Tareas, Unidad de Medida y Responsables.

Sub producto y/o Tarea	Unidad de Medida	Responsables
Elaboración, Aprobación, Seguimiento y Evaluación del Plan de Gestión de la Calidad	Informe	Jefatura Oficina de Gestión de la Calidad (OGC)/ Dirección General
Elaboración, seguimiento y evaluación del Plan de Mejora Post Autoevaluación	Acción	Unidad de Garantía de la Calidad (UGC)
Elaboración, Aprobación y Ejecución el Plan de Autoevaluación	Acción	UGC/OGC/Dirección General
Capacitación de los equipos de mejora continua	Persona capacitada	Unidad de Mejora Continua (UMC)/OGC
Asistencia técnica a equipos de mejora para la desarrollo de los PMC.	Acción	
Seguimiento de implementación del proyecto de mejora	Acción	
Asistencia técnica para desarrollo de acciones de mejora	Acción	

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

Atención los reclamos de los usuarios externos presentados en el Libro de Reclamaciones.	Informe	Unidad de Mejora Continua/Oficina de Gestión de la Calidad
Reporte semestral del Libro de Reclamaciones - OCI	Reporte	
Reporte a SUSALUD (SETI-RECLAMOS)	Acción	
Medición del tiempo de espera	Acción	
Elaboración, aprobación, seguimiento y evaluación del Plan Cero Colas	Acción	
Capacitación del personal asistencial y administrativo en Humanización de la Atención.	Persona capacitada	
Capacitación y organización de los encuestadores	Persona capacitada	
Ejecución de Encuestas de Satisfacción del Usuario	Acción	
Elaboración de Informes de Encuesta de Satisfacción del Usuario (consulta externa /hospitalización/ emergencia)	Informe	
Elaboración del Plan de Rondas de Seguridad	Acción	Unidad de Seguridad del Paciente/Oficina de Gestión de la Calidad
Ejecución de las rondas de seguridad	Acción	
Seguimiento del cumplimiento de las recomendaciones de las rondas de seguridad	Acción	
Monitoreo del cumplimiento de la Aplicación de la LVSC	Informe	
Supervisión de la Aplicación de la LVSC	Acción	
Aplicación de la encuesta para la implementación de la LVSC	Informe	
Implementación de practica segura (LVSPV)	Acción	
Consolidación de los reportes de incidentes de seguridad	Reporte	
Análisis y recomendaciones de los reportes de incidentes de seguridad	Informe	
Desarrollo de Análisis causal de eventos adversos (ACR)	Informe	
Monitoreo del cumplimiento de recomendaciones de Análisis causal de eventos adversos (ACR)	Monitoreo del cumplimiento de recomendaciones de Análisis causal de eventos adversos (ACR)	Unidad de Seguridad del Paciente/Oficina de Gestión de la Calidad
Construcción y análisis de los indicadores de seguridad de la atención	Construcción y análisis de los indicadores de seguridad de la atención	

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

Revisión de Guías de Procedimiento Asistencial	Revisión de Guías de Procedimiento Asistencial	Unidad de Seguridad del Paciente/Oficina de Gestión de la Calidad
Revisión de las Guías de Práctica Clínica	Revisión de las Guías de Práctica Clínica	
Evaluación de la adherencia a las guías de práctica clínica de áreas y procedimientos priorizadas.	Evaluación de la adherencia a las guías de práctica clínica de áreas y procedimientos priorizadas.	
Elaboración del Plan Anual de Auditoría de la Calidad de Atención (cronograma).	Elaboración del Plan Anual de Auditoría de la Calidad de Atención (cronograma).	Unidad de Garantía de la Calidad/Oficina de Gestión de la Calidad
Desarrollo de Auditorías de la Calidad de Atención	Desarrollo de Auditorías de la Calidad de Atención	
Seguimiento de implementación de recomendaciones	Seguimiento de implementación de recomendaciones	
Seguimiento de la adherencia a la higiene de manos	Seguimiento de la adherencia a la higiene de manos	Unidad de Garantía de la Calidad/Oficina de Gestión de la Calidad

Fuente: Plan Operativo Institucional 2023. HONADOMANI. SB

ACTIVIDADES POR OBJETIVO

I. PROGRAMACION DE LAS ACTIVIDADES POR OBJETIVOS ESPECÍFICO

1. Fortalecer la Organización de la Calidad
   Planificación de la Gestión de la Calidad
   Desarrollo del Plan de Gestión de la Calidad
2. Fortalecer las buenas prácticas de atención y gestión de riesgo
   Evaluación de la aplicación de la Lista de Verificación de cirugía segura
   Ejecución de rondas de seguridad
   Cumplimiento de la adherencia a la higiene de manos
3. Monitorear y evaluar los riesgos de atención

   Registro, Notificación y Análisis de la ocurrencia de los Eventos Adversos en Salud
4. Monitorear y Evaluar la calidad de la atención brindada
   Monitorear los indicadores de calidad

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

Investigar sobre la calidad de la atención

5. Desarrollar proyectos de mejora institucional de los procesos de atención
   Implementación de PMC (Proyecto de Mejora de la Calidad)
6. Fortalecer los mecanismos de atención e información del usuario.
   Gestión de los reclamos del Libro de Reclamaciones
7. Mejorar la oportunidad de la atención ambulatoria
   Gestión del Plan Cero Colas
8. Optimizar la acreditación /certificación institucional
   Desarrollar el plan de mejora post autoevaluación
   Desarrollo de la autoevaluación 2021
9. Conocer el grado de satisfacción del usuario externo
   Medición del grado de satisfacción del usuario externo
10. Estandarizar los procesos en la atención clínica
    Implementación de las Guías de Procedimiento Asistencial
    Implementación de las Guías de Práctica clínica
    Adherencia a las Guías de Práctica Clínica por UPSS (%)
11. Verificar la calidad de atención técnica en salud.
    Desarrollo de la Auditoria de la Calidad de la atención
12. Vigilar el Riesgo de transmisión del Covid-19
    Monitoreo de las barreras de la transmisión del Covid-19

6.6 Acciones de Monitoreo, Supervisión y Evaluación del Plan

El seguimiento, monitoreo y evaluación del presente Plan de Gestión de la Calidad 2023 del HONADOMANI "San Bartolomé" se realiza basado en los objetivos, actividades y tareas del mismo Plan a través de Notas Informativas, Informes de Seguimiento, Monitoreo periódico según programación mensual, semestral y anual. Ver Anexo N° 1.

VII. 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.

VIII. ANEXOS

Anexo1: Matriz de Programación de Plan de Gestión de la Calidad 2023 del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé.

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

Hospital Nacional Docente Madre Niño
"San Bartolomé"

ANEXO N° 1

METAS FISICAS DE LAS ACTIVIDADES OPERATIVAS DEL PLAN OPERATIVO INSTITUCIONAL 2023

Hospital Nacional Docente Madre - Niño San Bartolome

OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

Sub Producto y/o Tarea	Unidad de Medida	Ene		Feb		Mar		Abr		May		Jun		Jul		Ago		Set		Oct		Nov		Dic		PROG ANUAL	EJEC ANUAL
		Prog		Prog		Prog		Prog		Prog		Prog		Prog		Prog		Prog		Prog		Prog		Prog			
Elaboración - Aprobación, Seguimiento - Evaluación del Plan de Gestión de la Calidad	Informe	1		0		1		0		0		1		0		0		1		0		0		0		4	0
Elaboración - seguimiento y evaluación del Plan de Mejora Post Autoevaluación	Acción	0		1		0		0		1		0		0		1		0		0		0		0		3	0
Elaboración - Aprobación - Ejecución del Plan de Autoevaluación	Acción	0		0		0		0		0		0		0		0		1		0		1		0		2	0
Capacitación de los equipos de mejora continua	Persona capacitada	25		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		25	0
Asistencias técnicas a equipos de mejora para la desarrollo de los PEIC	Acción	0		1		2		2		0		0		0		0		0		0		0		0		5	0
Seguimiento de implementación del plan de mejora	Acción	0		0		0		0		1		2		2		0		0		0		0		0		5	0
Asistencias técnicas para desarrollo de acciones de mejora	Acción	0		0		0		1		0		0		1		0		0		1		0		0		3	0
Atención las reclamos de los usuarios externos presentados en el Libro de Reclamaciones	Informe	1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		12	0
Reporte semestral del Libro de Reclamaciones - OGC	Reporte	1		0		0		0		0		0		1		0		0		0		0		0		2	0
Reporte a SUSALUD (SET-RECLAMOS)	Acción	1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		12	0
Medición del tiempo de espera	Acción	0		0		0		0		0		1		0		0		0		0		0		0		1	0
Elaboración - aprobación seguimiento - evaluación del Plan Cero Colas	Acción	1		0		0		1		0		0		0		1		0		0		1		0		4	0
Capacitación del personal asistencial y administrativo en Humanización de la Atención	Persona capacitada	0		0		0		0		0		10		0		10		0		0		0		0		20	0
Capacitación - organización de los encuestadores	Persona capacitada	0		0		0		0		0		0		6		0		0		0		0		0		6	0
Ejecución de Encuestas de Satisfacción del Usuario	Acción	0		0		0		0		0		0		1300		0		0		0		0		0		1 300	0
Elaboración de Informes de Encuesta de Satisfacción del Usuario (consulta externa hospitalización, emergencia)	Informe	0		0		0		0		0		0		0		1		2		0		0		0		3	0
Elaboración del Plan de Rondas de Seguridad	Acción	1	1	0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		1	0
Ejecución de las rondas de seguridad	Acción	1	1	1	1	1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		12	0
Seguimiento del cumplimiento de las recomendaciones de las rondas de seguridad	Acción	0		0		0		1		0		0		1		0		0		1		0		0		3	0
Monitoreo del cumplimiento de la Aplicación de la LVSC	Informe	1	1	1	1	1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		12	0
Supervisión de la Aplicación de la LVSC	Acción	0		0		1		0		0		1		0		0		1		0		1		0		4	0
Aplicación de la encuesta para la implementación de la LVSC	Informe	1	1	0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		1	0
Implementación de practicas seguras (LVSPV)	Acción	1		0		0		0		0		0		1		0		0		0		0		0		2	0
Consolidación de los reportes de incidentes de seguridad	Reporte	1	1	1	1	1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		12	0
Análisis y recomendaciones de los reportes de incidentes de seguridad	Informe	1	1	0		0		0		0		1		0		0		0		0		0		0		2	0
Desarrollo de Análisis causal de eventos adversos (ACR)	Informe	0		1	1	0		0		1		0		0		1		0		0		1		0		4	0
Monitoreo del cumplimiento de recomendaciones de Análisis causal de eventos adversos (ACR)	Acción	0		0		1		0		0		1		0		0		1		0		0		1		4	0
Construcción y análisis de los indicadores de seguridad de la atención	Informe	0		0		1		0		0		1		0		0		1		0		0		1		4	0
Revisión de Guías de Procedimiento Asistencial	Informe	0		0		0		0		0		1		0		0		0		0		0		1		2	0
Revisión de las Guías de Practica Clínica	Informe	0		0		0		0		0		1		0		0		0		0		0		1		2	0
Evaluación de la adherencia a las guías de practica clínica de áreas y procedimientos priorizadas	Informe	0		0		1		0		0		1		0		0		1		0		0		1		4	0
Elaboración del Plan Anual de Auditoria de la Calidad de Atención (cronograma)	Acción	0		1		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		1	0
Desarrollo de Auditorias de la Calidad de Atención	Acción	0		0		1		0		0		1		0		0		1		0		1		0		4	0
Seguimiento de implementación de recomendaciones	Acción	1		0		0		1		0		0		1		0		0		1		0		0		4	0
Seguimiento de la adherencia a la higiene de manos	Informe	1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		0		11	0

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