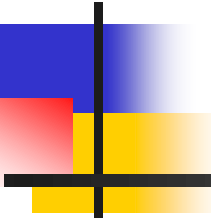




Diplomado Virtual: "GERENCIA EN INSTITUCIONES DE SALUD CON MENCIÓN EN ALTA DIRECCIÓN DE LOS SERVICIOS HOSPITALARIOS Y GESTIÓN DE LA CALIDAD"



**MÓDULO 4:
GESTIÓN DE LA CALIDAD Y SEGURIDAD
DEL PACIENTE. GESTIÓN POR PROCESOS Y
MEJORA CONTINUA EN SALUD. TOMA DE
DECISIONES.**

**MG. VILMA DIAZ RIOS
MAESTRIA EN GERENCIA DE LOS SERVICIOS DE SALUD**



¿QUÉ ES CALIDAD



“Es la aplicación de la ciencia y la tecnología en una forma que maximice sus beneficios para la salud sin aumentar sus riesgos. El grado de calidad es por consiguiente la medida en que se espera que la atención suministrada logre el equilibrio mas favorable de riesgos y beneficios para el usuario”

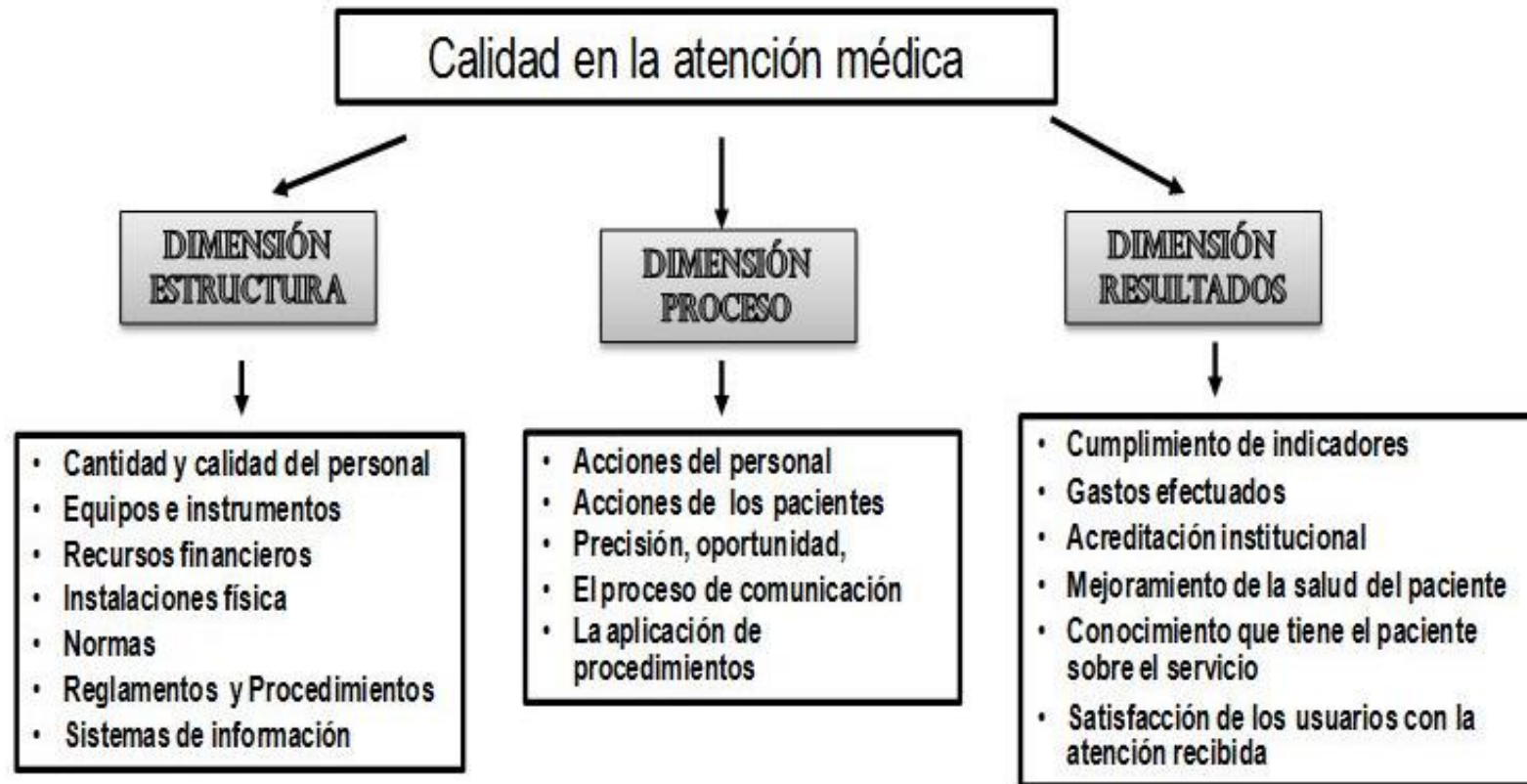


AVEDIS DONABEDIAN

DIMENSIONES DE LA CALIDAD



Modelo de calidad de la atención médica



VISION DEL SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD

LA CALIDAD ES UN VALOR EN LA CULTURA ORGANIZACIONAL DE LAS INSTITUCIONES DE SALUD

SE DESARROLLAN PROCESOS DE MEJORA DE LA CALIDAD QUE INVOLUCRAN A LOS TRABAJADORES USUARIOS Y SOCIEDAD



LA CALIDAD SE EXPRESA EN MEJORES NIVELES DE SALUD Y SATISFACCION DE LOS USUARIOS

FINALIDAD: Contribuir a fortalecer los procesos de mejora continua de la calidad en salud en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo.

COMPONENTES DEL SISTEMA

SISTEMA
POLITICAS
ESTRATEGIAS
OBJETIVOS
PLANES DE ACCION

PLANIFICACION PARA LA
CALIDAD

ORGANIZACIÓN PARA LA
CALIDAD

NIVEL NACIONAL
DISAS/DIRESAS
REDES DE SALUD
MICROREDES
ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

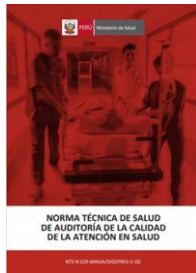
USUARIOS
SATISFECHOS
Y SALUDABLES

AUDITORIA DE LA CALIDAD
ACREDITACION DE
ESTABLECIMIENTOS
SEGURIDAD DEL PACIENTE
PROCESOS DE MEJORA
CONTINUA
EVALUACION DE LA
TECNOLOGIA SANITARIA

SISTEMA DE
INFORMACIÓN

GARANTIA Y
MEJORAMIENTO

INSTRUMENTOS PARA
MEDICION DE LA CALIDAD
MECANISMOS PARA ATENCION
DEL USUARIO
INDICADORES DEL SISTEMA DE
GESTION DE CALIDAD



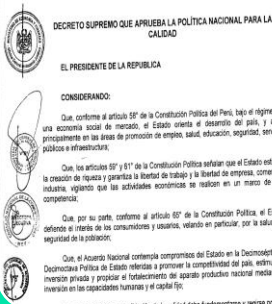
MARCO NORMATIVO DE LA CALIDAD EN PERU



Proceso de Acreditación de Establecimientos de Salud

NORMA TECNICA DE ACREDITACION DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD Y SERVICIOS MEDICOS DE APOYO NT: 050-MINSA/DGSP VO2 (RM 456-2007/MINSA)

- Análisis de eventos adversos
- Implementación de medidas efectivas en la prevención de eventos adversos



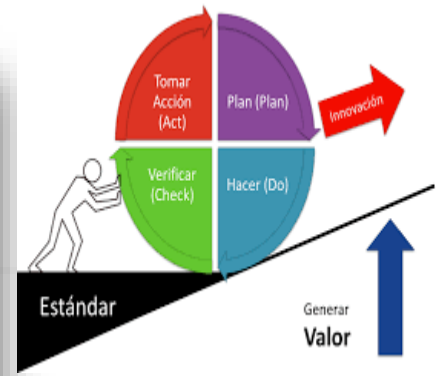
POLITICA NACIONAL PARA LA CALIDAD (DS 046-2014-PCM)

- Eje de la Política N° 04: Producción y/o comercialización de bienes o servicios con calidad



Los Comités de Gestión de la Calidad lo Preside el Director de la Institución

N°	RESOLUCIONES MONISTERIALES	RESOLUCION MINISTERIAL
1	Sistema de Gestión de la Calidad en Salud	RM N° 519-2006/MINSA
2	Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo	RM N° 456-2007/MINSA
3	Política Nacional de Calidad en Salud	RM N° 727-2009/MINSA
4	GT de Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía	RM N° 1021-2010/MINSA
5	Metodología del estudio de Clima Organizacional para el Usuario Interno	RM N° 468-2011/MINSA
6	Satisfacción del Usuario externo	RM N° 527-2011/MINSA
7	Mejora Continua de la Calidad y Herramientas de la Calidad	RM N° 095/2012/MINSA
8	Lineamientos para la Vigilancia, Prevención y Control de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud.	RM N° 168-2015/MINSA
9	Norma Técnica de Salud para la Elaboración y Uso de Guías de Practica Clínica en el MINSA	RM N° 302-2015/MINSA
10	Doc. Técnico: Metodología para la Elaboración de GPC	RM N° 414-2015/MINSA
11	Doc. Tec: Buenas Practicas para al Mejora del Clima Organizacional	RM N° 626-2015/MINSA
12	Formulario para el Consentimiento Informado para la docencia en la Atención	RM N° 078-2016/MINSA
13	Guía Técnica para Implementación de la Higiene de Manos	RM N° 255-2016/MINSA
14	Norma Técnica de Salud p la Auditoria de la Calidad de la Atención en Salud	RM N°502-2016/MINSA



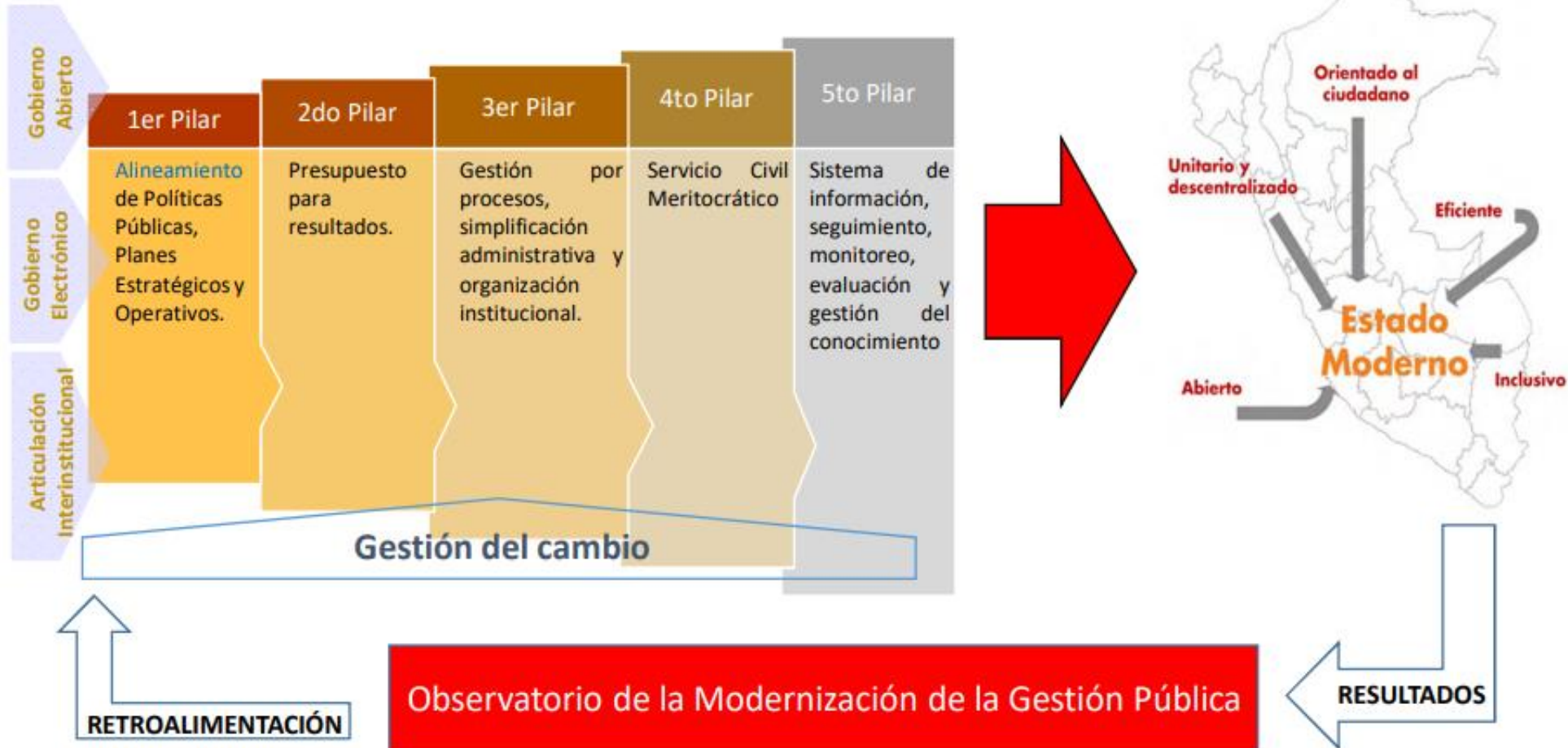
RESULTADOS DE LA GESTION DE UNA INSTITUCIÓN X

RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DE LOS CRITERIOS DE PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES 2019		ANUAL
1	Elaboración del Plan de Gestión de la Calidad por EESS	100%
2	Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía en centros quirúrgicos de establecimientos de salud de II y III nivel de atención.	100%
3	Implementación del Registro, Notificación y Análisis de la ocurrencia de Eventos Adversos en Salud en establecimientos de salud.	76%
4	Auditoría de la Calidad de Atención en Salud en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo.	79%
5	Implementación de proyectos y/o acciones de mejoras en relación a las líneas de acción del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud.	21%
6	Implementación del proceso de higiene de manos en los establecimientos de salud	63%
7	Implementación de las rondas de seguridad del paciente en los establecimientos de salud	34%
8	Implementación de la Autoevaluación de los establecimientos de salud	31%
9	Información anual de medición de la satisfacción de los usuarios externos en establecimientos de salud con categoría I-3 al III-2.	81%

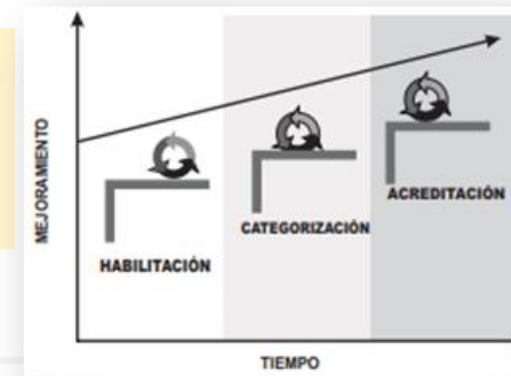


PILARES DE LA POLITICA NACIONAL DE MODERNIZACION DE LA GESTION PUBLICA

La Gestión Pública consiste en un conjunto de procesos y herramientas encaminados a lograr el desempeño en una organización dedicada al servicio público



ACREDITACION EN SALUD



Es un proceso de evaluación periódica, basado en la comparación de desempeño del prestador de salud con una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar orientado a promover acciones de mejora continua de la calidad de atención y el desarrollo armónico de las diferentes unidades. Tiene 2 etapas:

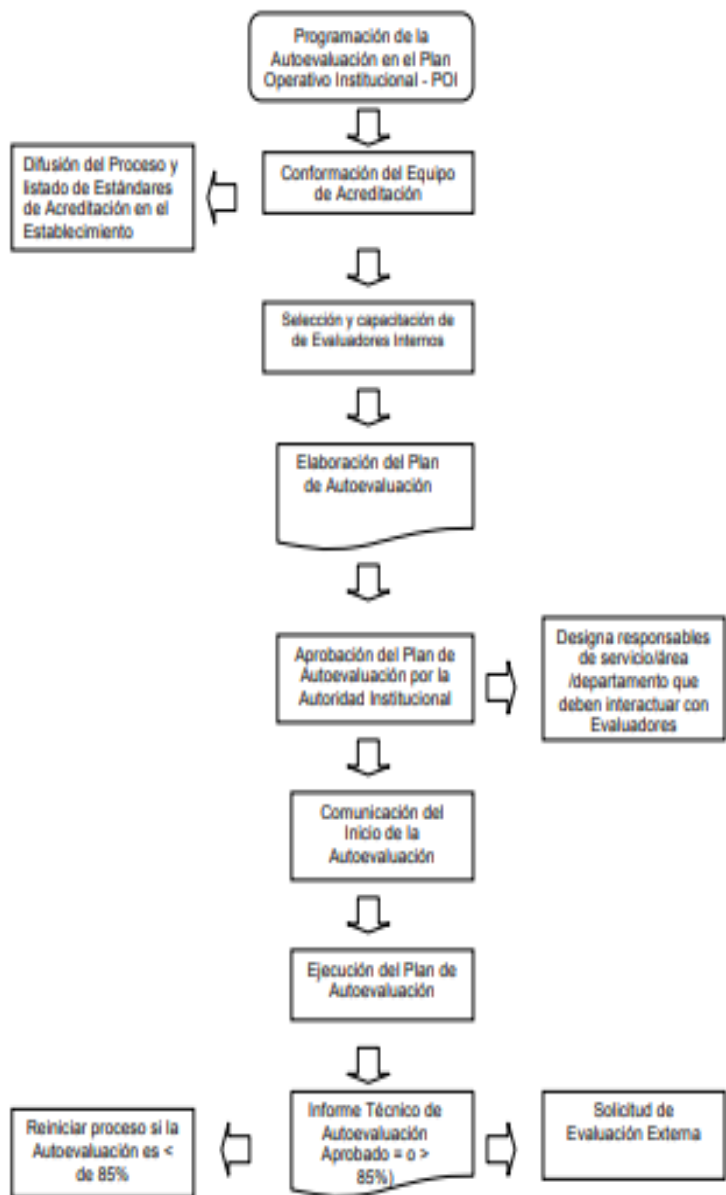


AUTOEVALUACIÓN.- Es fase inicial obligatoria del proceso de evaluación lo realiza los auto evaluadores usan el listado de Estándares de Acreditación. Objetivo determinar el nivel de cumplimiento e identificar sus fortalezas y áreas susceptibles de mejoramiento. >85% de cumplimiento se solicita evaluación externa.

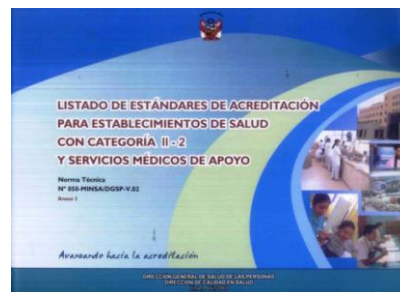


EVALUACION EXTERNA.- Lo realizan evaluadores externos confirman resultados de autoevaluación. Es una fase necesaria para acceder a la constancia para la acreditación como a la Resolución Ministerial o Ejecutiva según corresponda

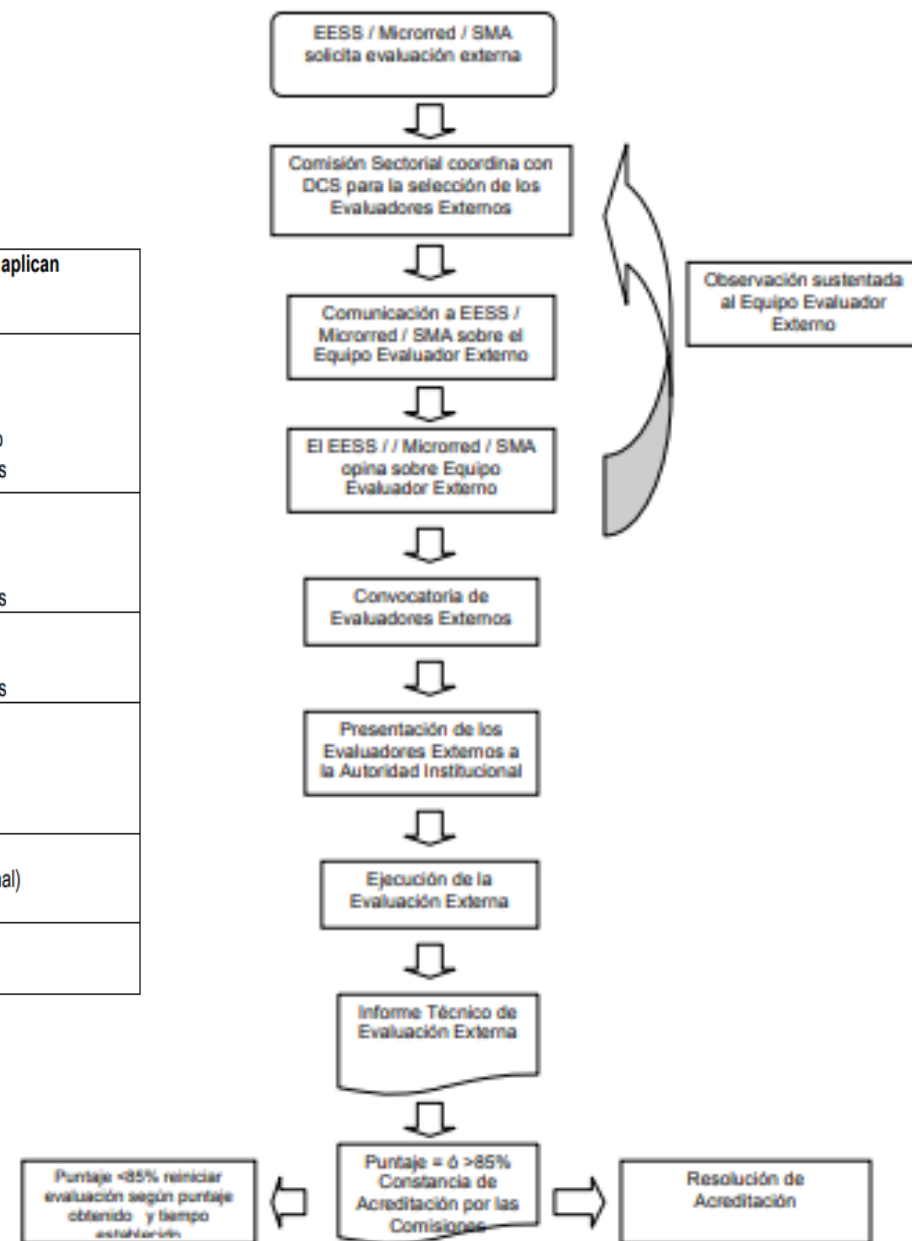
FLUJOGRAMA DE LA AUTOEVALUACIÓN



Tipo de EESS (Por categoría y naturaleza jurídica)	Macroprocesos que no aplican
I-1	<ul style="list-style-type: none"> Atención de Hospitalización Atención Quirúrgica Docencia e Investigación Apoyo Diagnóstico y Tratamiento Manejo de Nutrición de Pacientes
I-2	
I-3	<ul style="list-style-type: none"> Atención de Hospitalización Atención Quirúrgica Docencia e Investigación Manejo de Nutrición de Pacientes
I-4	<ul style="list-style-type: none"> Atención Quirúrgica Docencia e Investigación Manejo de Nutrición de Pacientes
II-1	
II-2	<ul style="list-style-type: none"> Atención Extramural
III-1	
Clínicas Privadas	<ul style="list-style-type: none"> Atención Extramural Docencia e Investigación (opcional) Manejo del Riesgo Social
Hospitales EsSalud y FFAA y Policiales	<ul style="list-style-type: none"> Atención Extramural Manejo del Riesgo Social

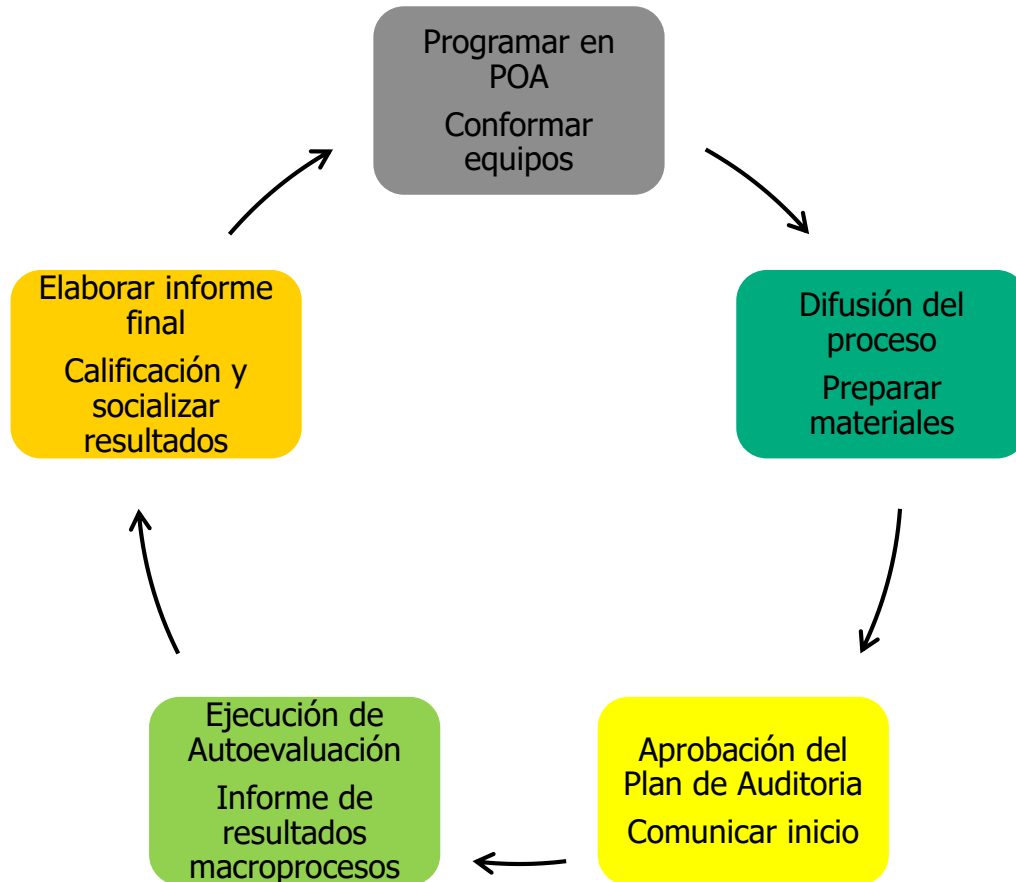


FLUJOGRAMA DE LA EVALUACIÓN EXTERNA



DESARROLLO DEL PROCESO DE ACREDITACION

TECNICAS A USAR EN PROCESO DE ACREDITACION



LISTADO DE ESTANDARES DE ACREDITACION



PLAN DE AUDITORÍA DE LA CALIDAD
DE LA ATENCIÓN EN SALUD 2022

COMITÉ DE AUDITORÍA MÉDICA
COMITÉ DE AUDITORÍA EN SALUD

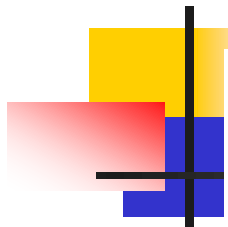
LIMA, PERÚ
2022

MACROPROCESO 3: GESTIÓN DE LA CALIDAD (GCA)

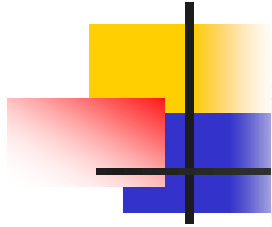
Objetivo y alcance: Evaluar si la organización implementa prácticas de calidad orientadas a la búsqueda permanente de la satisfacción de las expectativas de los usuarios y trabajadores, así como al cumplimiento de los objetivos institucionales y sectoriales

Código	Estándar	Atributos relacionados	Referencia normativa	Criterios de evaluación	
				Código Criterio	Criterio
GCA-1	El establecimiento de salud está organizado para desarrollar acciones del sistema de gestión de la calidad en salud.	Eficacia Trabajo en equipo	<p>D. S. N° 013-2006-SA, que aprueba el Reglamento de Establecimientos y Servicios Médicos de Apoyo</p> <p>R.M. N° 519-2006/MINSA, que aprueba el documento técnico Sistema de Gestión de la Calidad en Salud</p> <p>R.M. N° 616-2003-SA/DM, que aprueba el Modelo de Reglamento de Organización y Funciones de los Hospitales</p>	GCA1-1	El establecimiento cuenta con un responsable de la calidad formalmente designado y capacitado para cumplir sus funciones. (0: No se cuenta; 1: Cuenta pero no está capacitado; 2: Cumple con todo lo establecido)
				GCA1-2	Los diversos servicios o unidades funcionales cuentan con personal capacitado para realizar procesos de mejoramiento continuo de la calidad. (0: No cuenta; 1: Cuenta pero no están activos; 2: Cumple con todo lo establecido)

Macroproceso 4: Manejo del riesgo de la Atención



MRA-2	El instituto vela por el cumplimiento de las normas de seguridad relacionadas con la atención en sus distintas fases.	Información Seguridad	<p>Ley N° 26454, "Ley que declara de orden público e interés nacional la obtención, donación, conservación, transfusión y suministro de sangre humana".</p> <p>R.M. N° 614-2004/MINSA, que aprueba las "Normas Técnicas del Sistema de Gestión de la Calidad del Programa Nacional de Hemoterapia y Banco de Sangres (PRONAHEBAS)".</p> <p>R.M. N° 237-98-SA/DM "Doctrina, Normas y Procedimientos del Programa Nacional de Hemoterapia y Bancos de Sangre".</p> <p>Ley 29459 aprueba Ley de los productos farmacéuticos y</p>	MRA 2-1	<p>Se realiza el análisis de la situación de la seguridad transfusional mediante indicadores acordes a las normas sectoriales.</p> <p>(0: No se realiza; 1: Se realiza pero no se ajusta a la norma; 2: Cumple con lo establecido)</p>
				MRA 2-2	<p>El instituto garantiza la utilización de sangre certificada y de donantes voluntarios según las normas.</p> <p>(0: No garantiza 1: Utiliza pero no sistemáticamente; 2: Cumple con lo establecido)</p>
				MRA 2-3	<p>Se indican y aplican las medidas de seguridad para el manejo de medicamentos o insumos que pueden ser causantes de eventos adversos en la atención de urgencia, en hospitalización y salas de cirugía.</p> <p>(0: No se indican; 1: Se indican, pero no se aplican o se aplican parcialmente, 2. Cumple lo establecido)</p>
				MRA 2-4	<p>El Instituto cuenta con mecanismos de identificación del paciente en todas las áreas de hospitalización.</p> <p>(0: No cuenta; 1: Cuenta pero sólo en algunas áreas de hospitalización; 2: Cumple lo establecido)</p>
				MRA 2-5	<p>Se evalúa en el paciente hospitalizado el riesgo de desarrollar úlceras de presión y se llevan a cabo medidas preventivas.</p> <p>(0: No se evalúa; 1: Se evalúa el riesgo, pero no se efectúan medidas preventivas; 2: Cumple con lo establecido)</p>



Resultados de la Evaluación:

1. **Aprobado / Acreditado**

2. **No aprobado/no acreditado**

Aprueba con el 85%

No aprobado / no acreditado

1. 70 a 84.9% 6m nueva evaluación

2. 50 a 69.9% 9m nueva evaluación

3. Menor a 50% Autoevaluación

Constancia de Acreditación:



SEGURIDAD DEL PACIENTE

Seguridad del paciente es la reducción del riesgo de daño asociado a la asistencia sanitaria a un mínimo aceptable.

OMS

Es evitar, prevenir o amortiguar los resultados adversos o el daño derivado del proceso de la asistencia sanitaria.

VICENT



ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE



Acción Esencial 1. Identificación del paciente.



Acción Esencial 2. Comunicación efectiva.



Acción Esencial 3. Seguridad en el proceso de medicación.



Acción Esencial 4. Seguridad en los procedimientos.



Acción Esencial 5. Reducción del riesgo de infecciones asociadas a la atención de la salud (IAAS).



Acción Esencial 6. Reducción del riesgo de daño al paciente por causa de caídas.



Acción Esencial 7. Registro y análisis de eventos centinela, eventos adversos y cuasi fallas.



Acción Esencial 8. Cultura de seguridad del paciente.

SEGURIDAD DEL PACIENTE



Metas Internacionales de Seguridad del Paciente

- 1** Identificar correctamente a los pacientes
- 2** Mejorar la comunicación efectiva entre profesionales (Órdenes verbales y/o telefónicas)
- 3** Mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo
- 4** Garantizar las cirugías en el lugar correcto, con el procedimiento correcto y al paciente correcto
- 5** Reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención médica. (Lavado de Manos)
- 6** Reducir el riesgo a caídas

(Vergara, J. 2012) - Meta #7: Prevenir la aparición de zonas de presión en el paciente.



ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

1. La seguridad debe ser parte de la estrategia de la institución

La política institucional:

- Procesos seguros
- Cultura de seguridad
- Aprendizaje institucional

2. Definir responsable de la seguridad del paciente

Las funciones:

- Es canal de información con la gerencia
- Sensibilizar
- Apoyar acciones de mejora
- Recibir el reporte y clasificar
- Iniciar el análisis de falla y convoca al Comité de seguridad del paciente

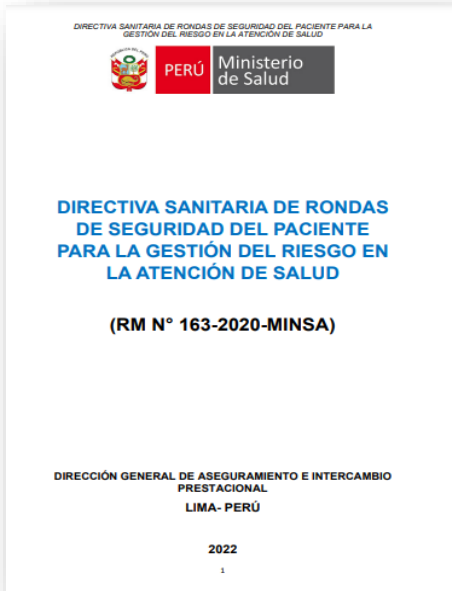
3. Estructurar un Programa de seguridad del paciente

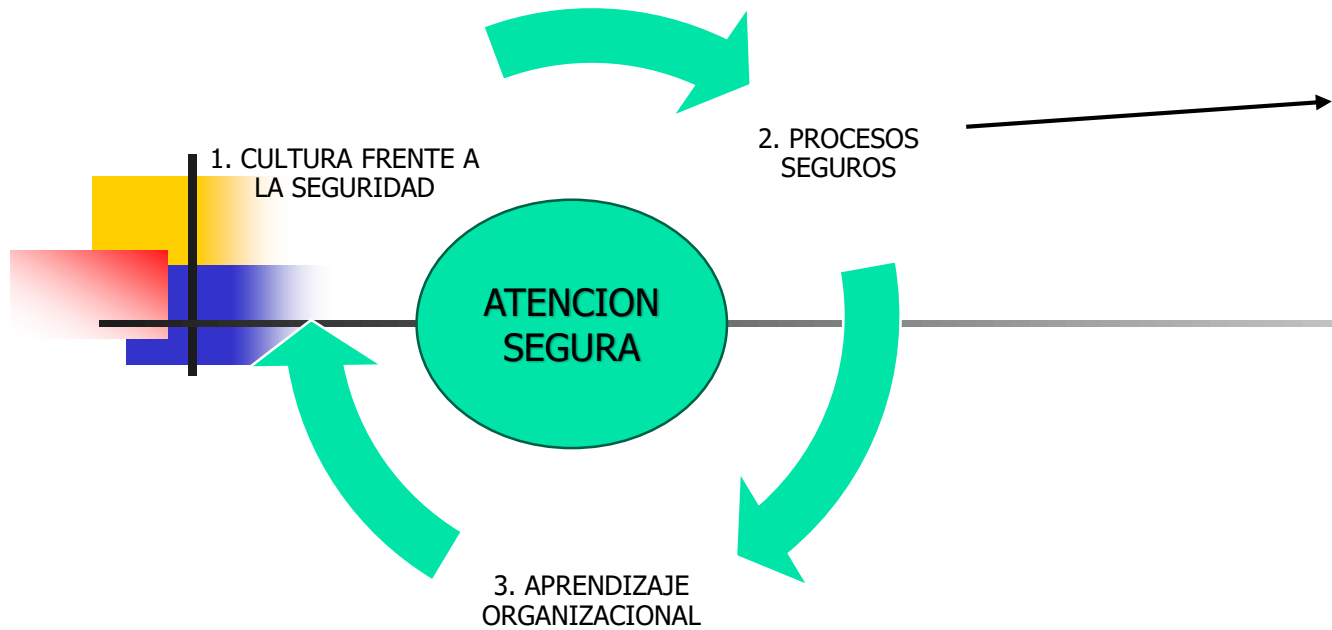
Tres ejes:

1. **Cultura de seguridad**
2. **Procesos seguros (aplicar normatividad vigente)**
3. **Aprendizaje organizacional**

Liderazgo y seguridad del paciente

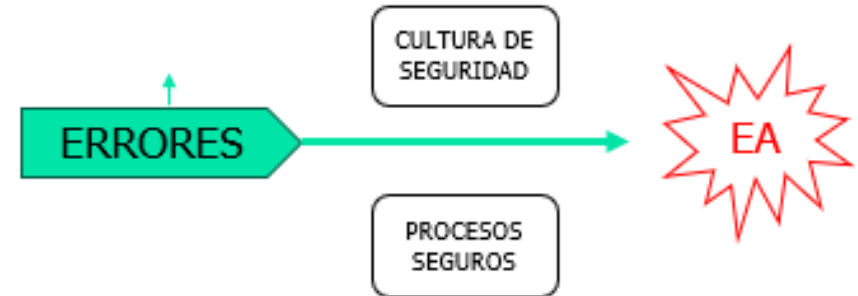
- Rondas de seguridad
- Asegurar dotación de personal capacitado
- Desarrollo de hábitos y practicas seguras
- Lograr la participación de todos: pactes y personal
- Monitorear y evaluar acciones de Seguridad del pcte





PRACTICAS SEGURAS RONDAS DE SEGURIDAD:

1. Identificación del paciente
2. Prevención de fugas de pactes
3. Seguridad en la medicación
4. Prevención en caída de pacientes
5. Prevención de riesgo de LPP
6. Higiene de manos
7. Otros



3. APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL

- Definir un proceso formal de reporte de eventos adversos
- Definir un proceso para el análisis y gestión de eventos adversos
- Identificar causas y buscar soluciones
- Monitoreo de seguridad del paciente a través de indicadores
- Desarrollo de investigaciones

4. Constituir y operativizar el Comité de Seguridad del paciente

- Función es de operativizar, seguimiento, evaluación y mejorar el el programa de Seguridad del paciente
- Gestionar los eventos adversos

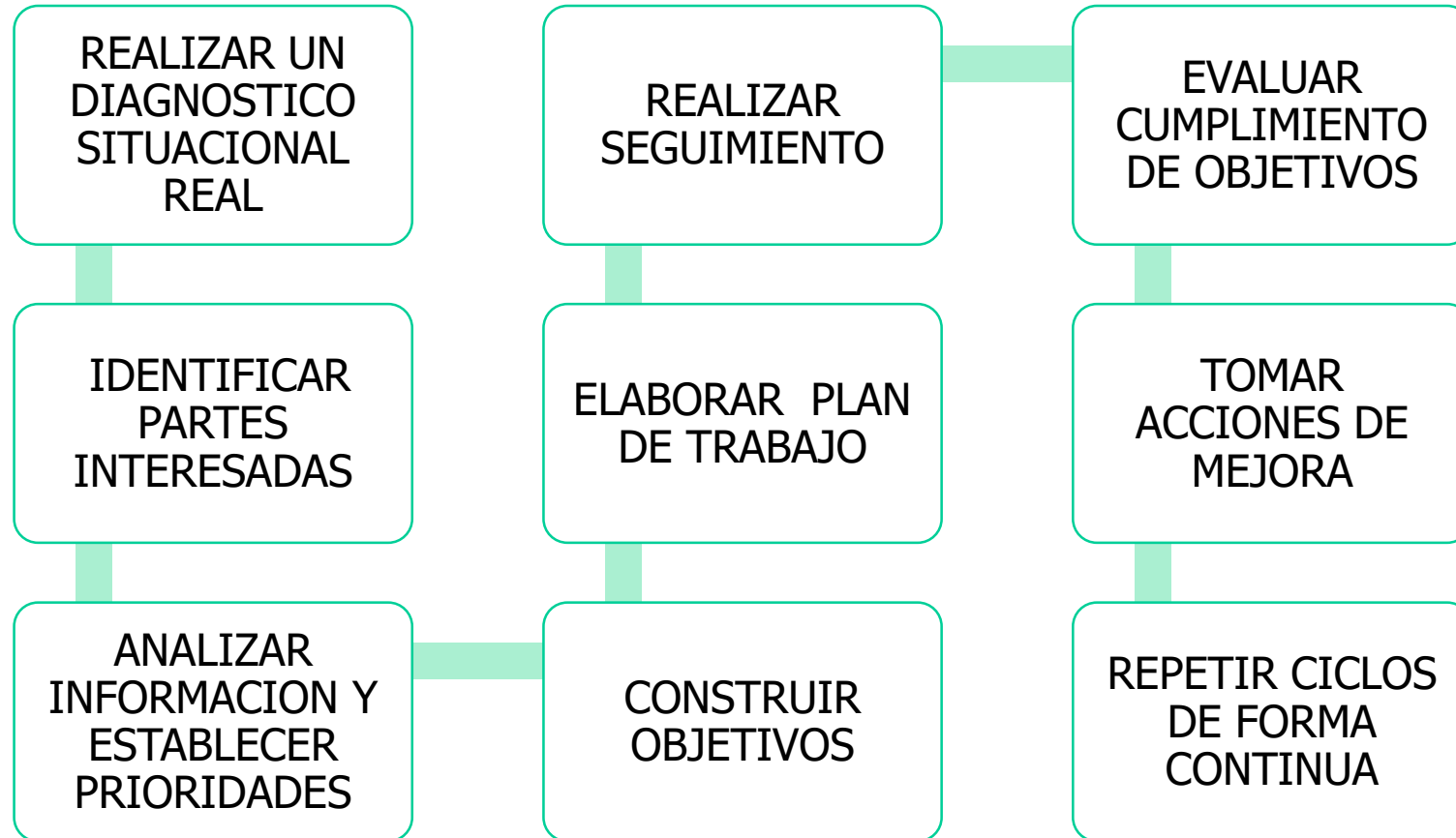
SE RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO. - Reconstituir el "Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente Oncológico del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas", el mismo que quedará integrado de la siguiente manera:

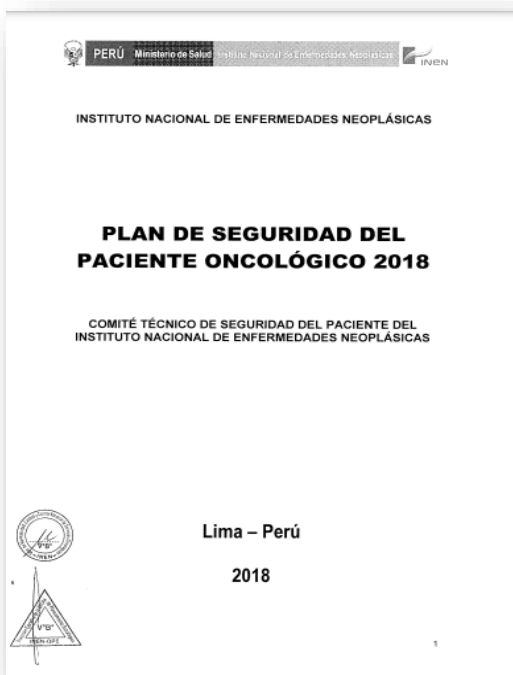
N°	MIEMBROS	ROL
01	Jefe/a Institucional de la Jefatura	Líder
02	Director/a Ejecutivo/a del Departamento de Normatividad, Calidad y Control Nacional de Servicios Oncológicos	Secretaría Técnica
03	Director/a General de la Oficina General de Administración	Miembro
04	Director/a Ejecutivo/a de la Oficina de Ingeniería, Mantenimiento y Servicios o el responsable de la "Unidad Funcional de Gestión Ambiental".	Miembro
05	Director/a General de la Dirección de Control del Cáncer	Miembro
06	Director/a General de la Dirección de Medicina	Miembro
07	Director/a General de la Dirección de Cirugía	Miembro
08	Director/a General de la Dirección de Radioterapia	Miembro
09	Director/a General de la Dirección de Servicios de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento	Miembro
10	Director/a Ejecutivo/a del Departamento de Epidemiología y Estadística del Cáncer	Miembro
11	Director/a Ejecutivo/a del Departamento de Farmacia	Miembro
12	Director/a Ejecutivo/a del Departamento de Enfermería	Miembro



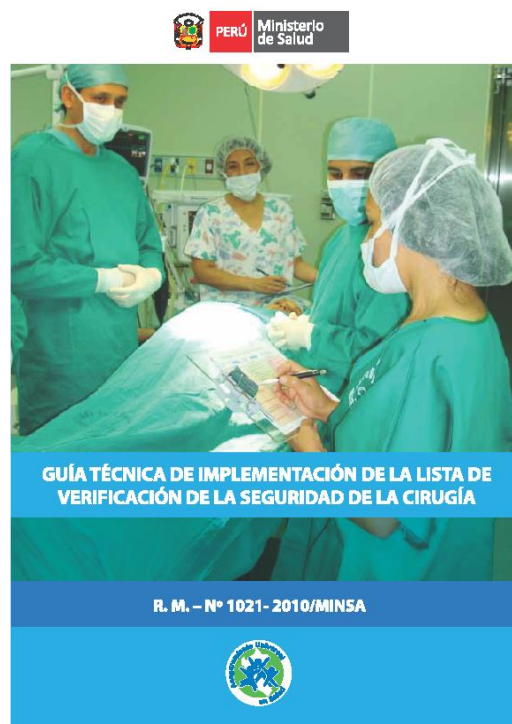
ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE



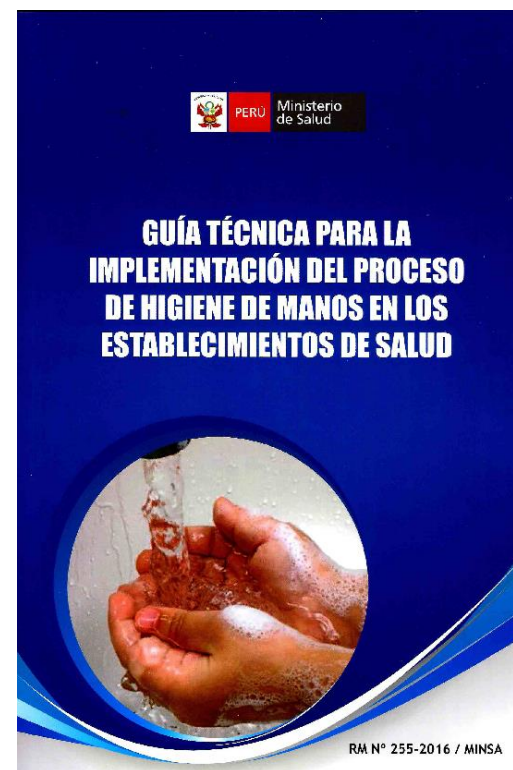
ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE NORMATIVAS...



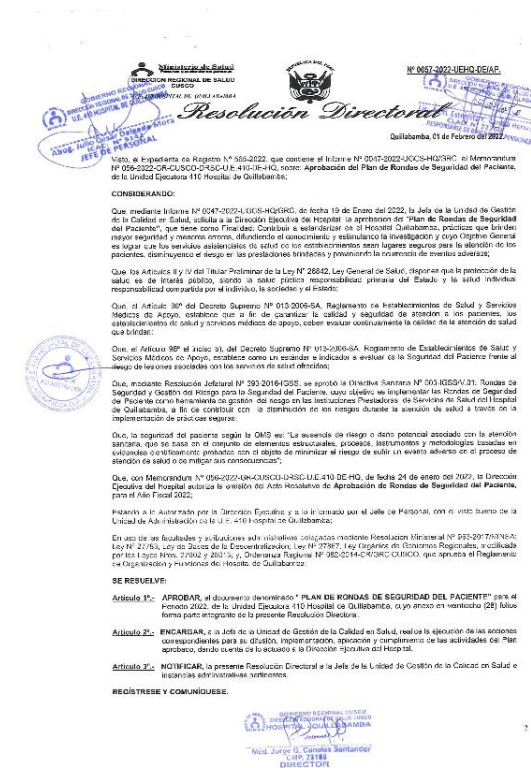
PLAN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE INEN



GT: CIRUGIA SEGURA

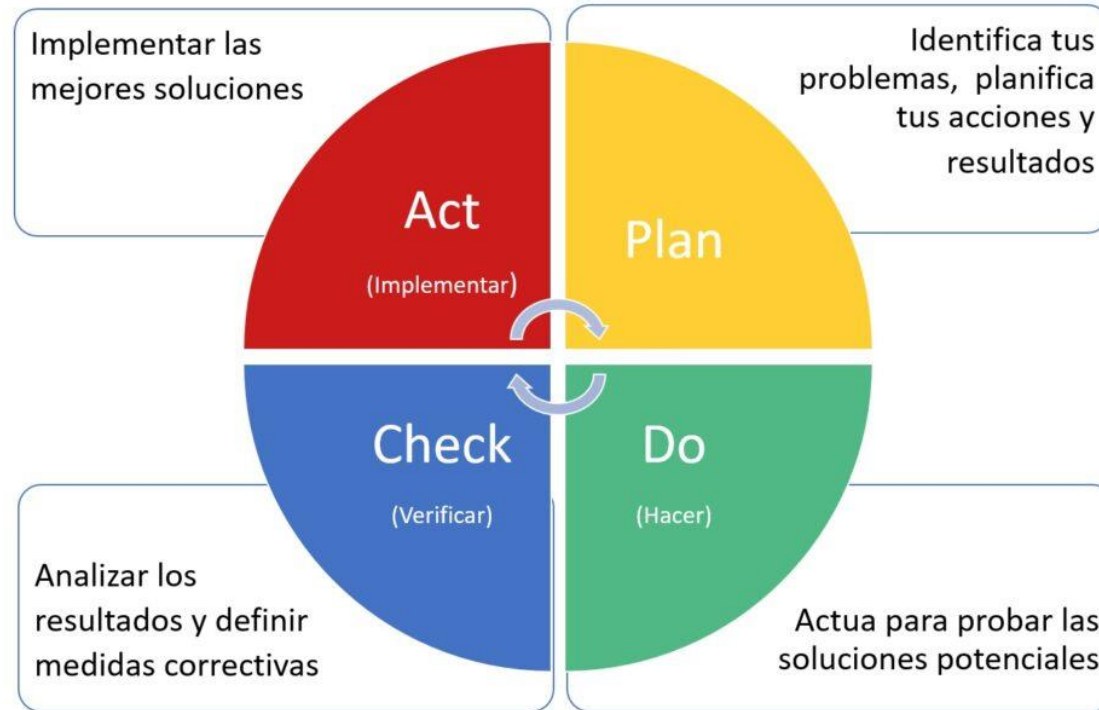


GT: LAVADO DE MANOS



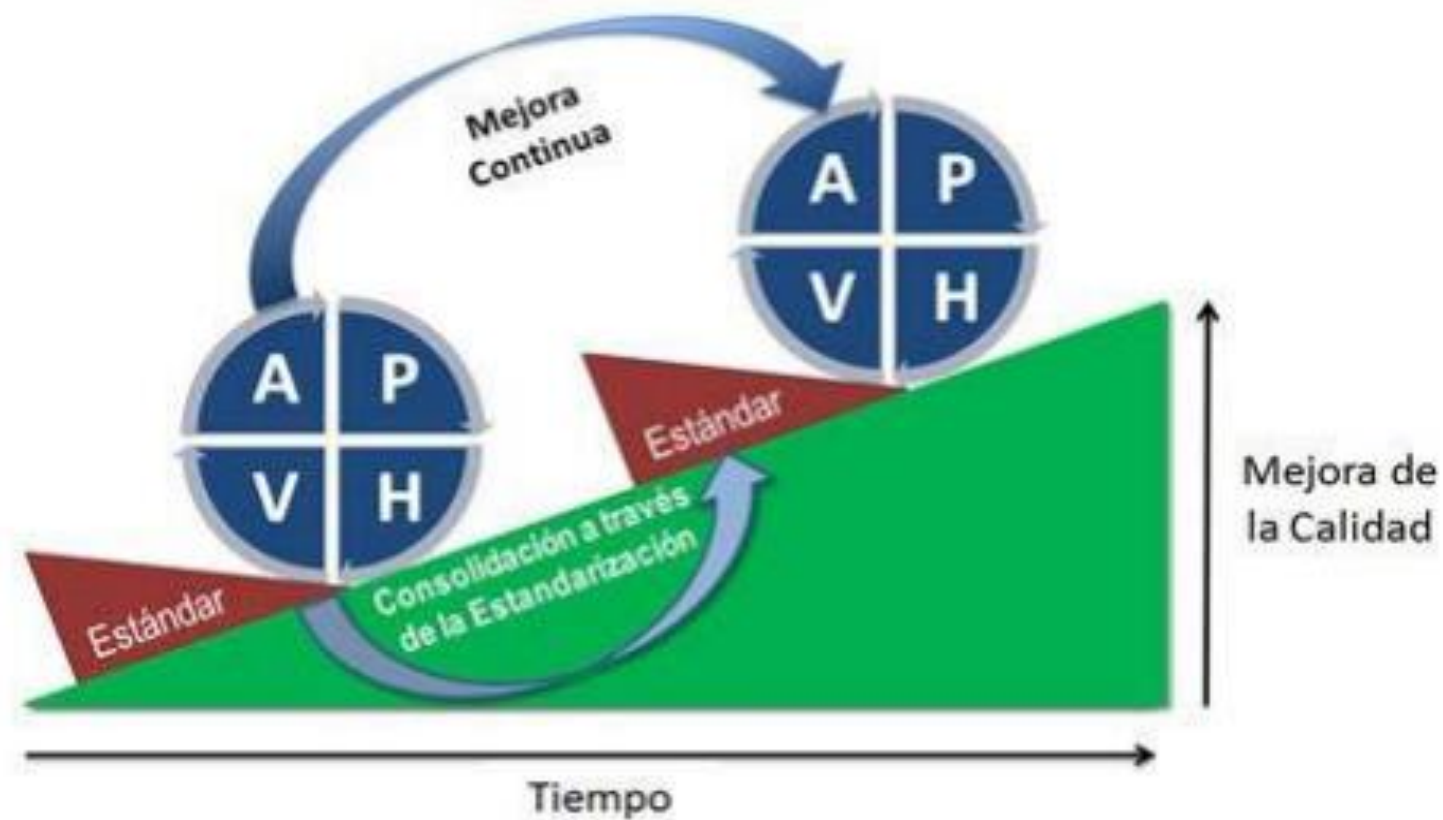
PLAN DE RONDAS DE SEGURIDAD HNAL

EVALUACIÓN Y MEJORA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN



Mejora Continua.- proceso ininterrumpido de cambio, con base en un ciclo que comprende 4 fases: Planificar, Hacer, Verificar y Actuar.

MEJORA CONTINUA.....



SEGURIDAD DEL PACIENTE Y ATENCION CENTRADA EN LA PERSONA

Nueva visión de los cuidadores: se busca relación de ayuda al paciente.

- Capacitarse
- Usar nuevas técnicas y estrategias
- Modificar hábitos

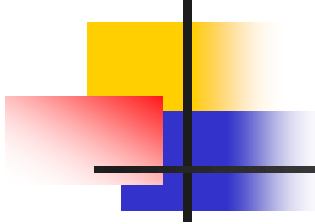
Nuevos roles con usuarios.- educar al paciente teniendo en cuenta sus características (sexo, raza, educación, cultura, religión, etc.)



Favorecer la relación y colaboración de las familia: consentimiento informado y toma de decisiones

Facilitar la flexibilidad y el compromiso de los profesionales, la atención es directa y se brindan de acuerdo a sus preferencias y horarios

La "**atención centrada en la persona**" es un enfoque internacionalmente reconocido que se usa en relación a los servicios de atención a personas en situación de dependencia,



Promover la autonomía y la independencia en el día a día: no decidir por la persona y observar su estado emocional.



Los equipos de atención son interdisciplinarios: Médico, enfermera, nutricionista, gerontólogo, fisioterapeuta, etc

Los equipos deben prevenir riesgos como la rutina y el aburrimiento los que deben ser afrontados con ayuda de otros profesionales

Estrategias de apoyo a los profesionales:

- Inducción de personal nuevo
- Educación continua
- Acompañamiento y apoyo emocional

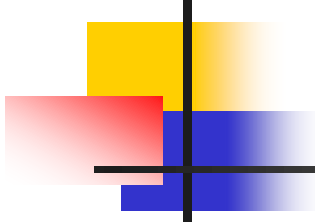


Los miembros del equipo:

- Desarrollar empatía
- Conocer experiencias de cambios reales y exitosas
- Descubrir las ventajas de este modelo
- Evidenciar nivel de tolerancia y resistencia nuestras y las de los demás
- Conocer dificultades y dar alternativas de solución

La relación enfermera / paciente.

PERSPECTIVAS DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE



Gestión por Procesos y Mejora Continua en Salud

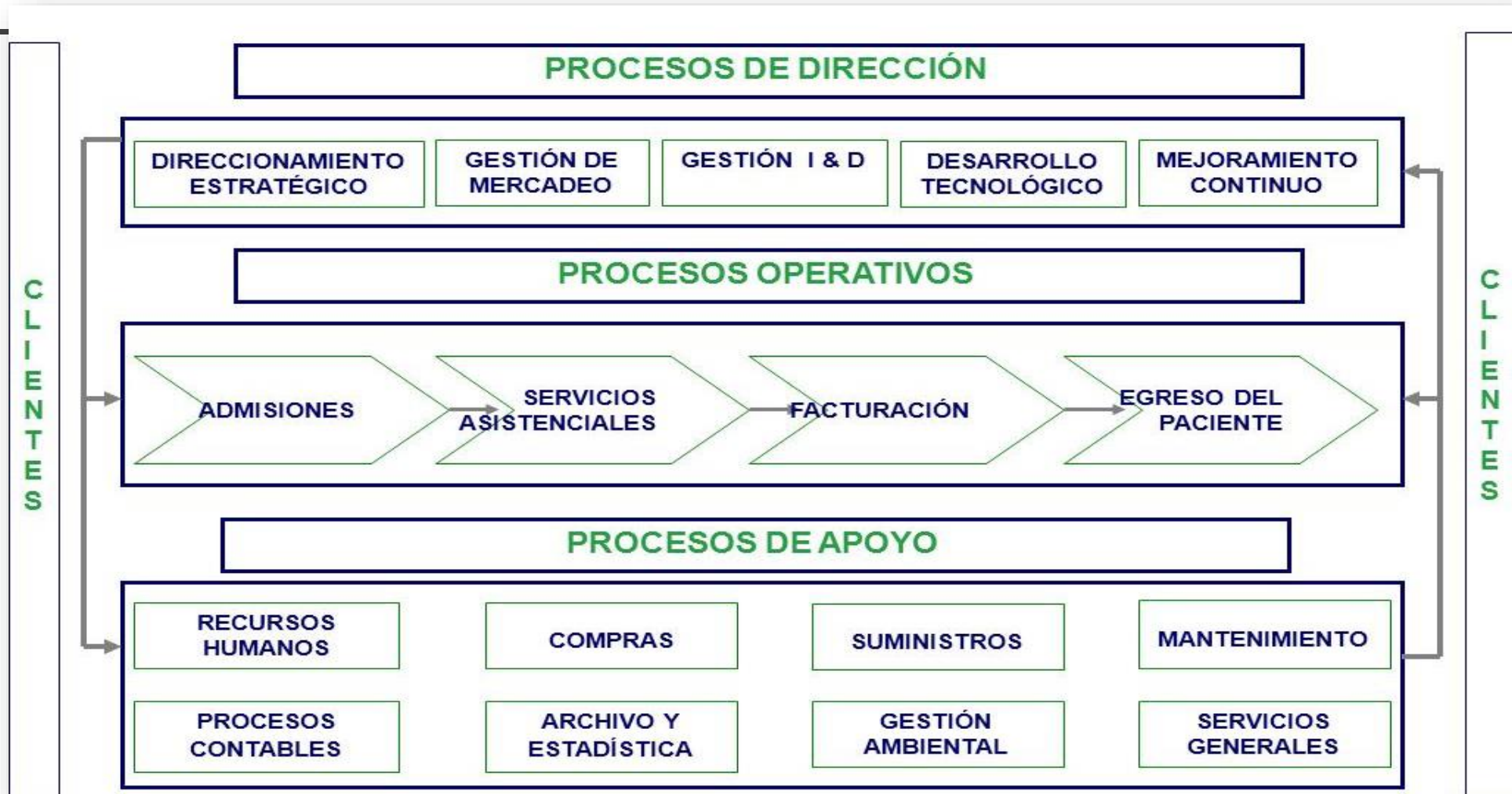
La gestión de procesos y mejora continua son todas las acciones realizadas para identificar, analizar, evaluar y tomar decisiones en las operaciones que realizan con miras a optimizar el desempeño y aumentar la competitividad de la empresa.



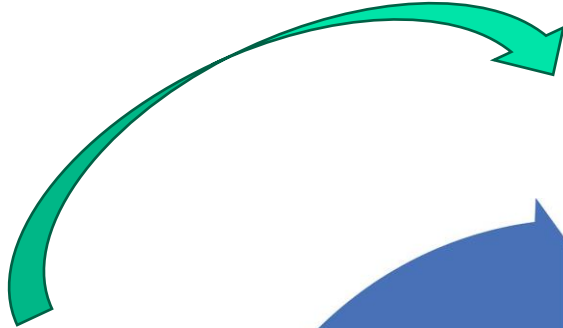
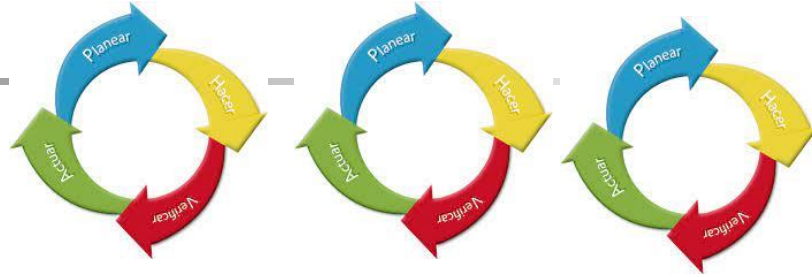
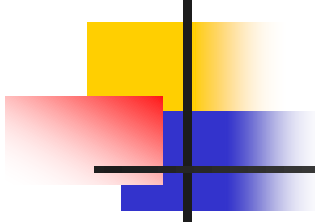
SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD



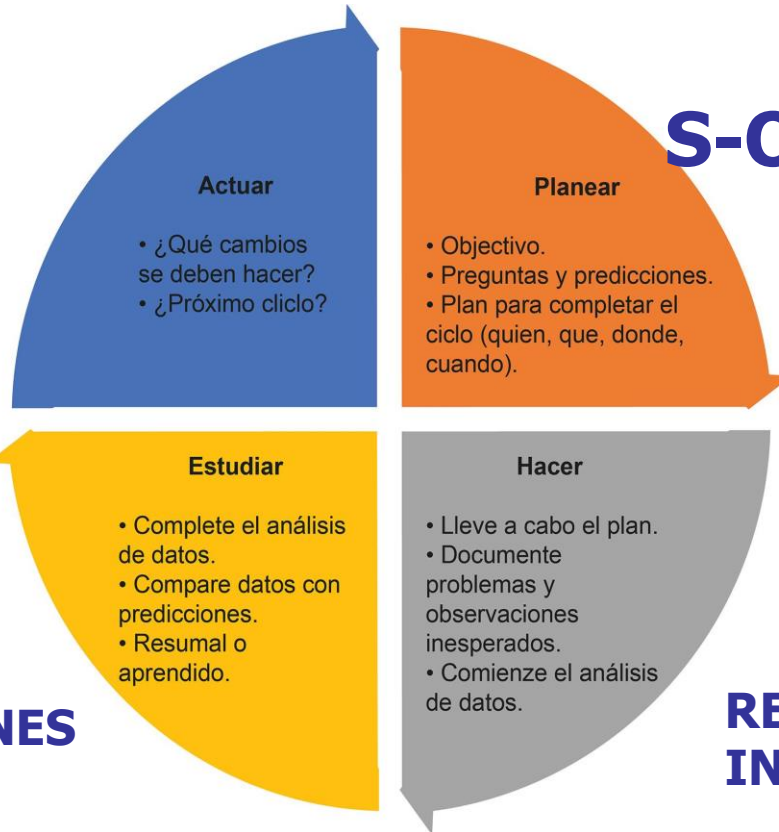
MAPA DE PROCESOS EN SALUD



Gestión por Procesos y Mejora Continua en Salud

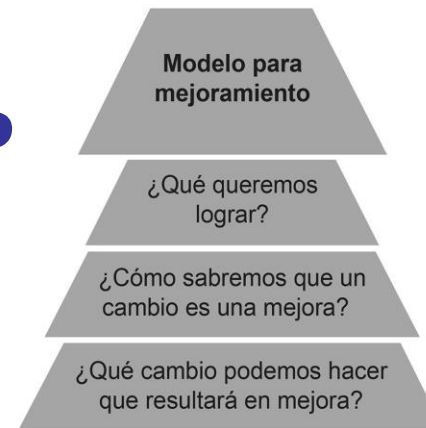


**SI HAY CAMBIOS
REALIZAR LAS
MEJORAS**



**EVALUAR
INTERVENCIONES**

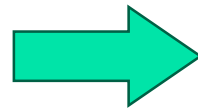
**REALIZAR
INTERVENCIONES**



Proceso de Toma de Decisiones en Instituciones de Salud



Un proceso que consiste en realizar una elección y en donde deben conjugarse la información, conocimientos, experiencia, análisis y juicio.



Liderazgo y Resolución de Problemas



El liderazgo es la capacidad de movilizar a la gente hacia fines valiosos, inspirar, crear cambio e involucrarse en la resolución de los conflictos que surgen en la convivencia humana.

El liderazgo es importante porque es un elemento esencial para la supervivencia de cualquier tipo de organización. Es relevante porque guía, dirige y motiva con el firme propósito de que el equipo se mantenga en orden, ejecute acciones y logre los objetivos establecidos.

LIDERAZGO Y RESOLUCIÓN DE CONFLICTO



CICLO DE CALIDAD RESOLUCION DE PROBLEMAS



En la resolución de problemas recurrentes y crónicos, es imprescindible seguir una metodología bien estructurada, para llegar a las causas de fondo de los problemas realmente importantes, y no quedarse en atacar efectos y síntomas. La mayoría de metodologías de solución de problemas están basadas en el ciclo de la calidad o ciclo PHVA.

1. Seleccionar y caracterizar el problema

2. Buscar todas las posibles causas

3. Investigar las causas más importantes

4. Considerar las medidas remedio.

5. Implementar las medidas remedio.

6. Revisar los resultados obtenidos.

7. Prevenir recurrencia del mismo problema

8. Conclusión.

TECNICAS DE SOLUCION DE CONFLICTOS



MUCHAS GRACIAS.....

