



INFORME SOBRE LA GESTIÓN DE LA CALIDAD EN EL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL

INTRODUCCIÓN

El Instituto Nacional Materno Perinatal organismo público desconcentrado de nivel III – 2, en cumplimiento con la normatividad vigente emitida por el Ministerio de Salud y enmarcado con la misión institucional encaminados a lograr nuestra visión, es que incorpora como órgano asesor a la Oficina de Gestión de la Calidad en su último Reglamento de Organización y Funciones en el año 2005, encargándole la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad dispuesto por el ente rector, con el propósito de promover la mejora continua de la calidad de los procesos asistenciales y administrativos de atención al paciente, con la participación activa del personal;

Dicho Sistema de Gestión de la Calidad planteado por el Ministerio de Salud incluye los componentes de Planificación, Organización, Garantía y Mejora de calidad e información para la calidad en la dirección estratégica de la Institución, con la perspectiva de diseñar, gestionar y mejorar los procesos institucionales hacia una cultura de calidad, cuyo objetivo es “Mejorar continuamente la calidad de los servicios, recursos y tecnología del Sector Salud, mediante el desarrollo de una cultura de calidad sensible a las necesidades y expectativas de los usuarios externos e internos”

Por ello en el Plan Institucional Multianual (Plan Estratégico) 2008 – 2011 del INMP se plantea como segundo objetivo estratégico general el “Liderar la atención especializada y altamente especializada, docencia e investigación en la salud materno perinatal” a través del logro de sus objetivos específicos como el de mejorar la calidad de atención al usuario externo institucional. Considerándose entonces en el plan Operativo Anual del INMP 2009 como primer objetivo Brindar atención con calidad y oportunidad a usuarias y usuarios del INMP.

Es así que la Oficina de Gestión de la Calidad del INMP en base a la normatividad establecida por los planes Institucionales y en marco de los Lineamientos de Política del Sector Salud, inicia la implementación del sistema de gestión de la calidad en la Institución y viene trabajando hasta la actualidad obteniendo los siguientes resultados:



LOGROS EN GESTIÓN DE LA CALIDAD DEL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL

COMPONENTE DEL SISTEMA DE LA CALIDAD	ACTIVIDADES REALIZADAS	RESULTADO
Planificación de la Calidad	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Sensibilización al personal asistencial y administrativo del Institución, incluyendo a los directivos y jefes, para el desarrollo del Sistema de Gestión de la Calidad ➤ Sensibilización a Directivos, jefes y personal asistencial y administrativo del Institución, respecto a Seguridad del paciente, rondas por la seguridad del paciente, implementación de lista de chequeo y guía del paciente quirúrgico. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Se realizaron reuniones informativas al personal asistencial y administrativo de la Institución, logrando informar al 100% del personal. ➤ Personal Directivo, asistencial sensibilizado sobre el tema. Se logro la aceptación y aprobación para la implementación de las rondas por la seguridad del paciente, la lista de chequeo de cirugía segura y la guía del paciente quirúrgico.
Organización para la calidad	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Conformación del Comité de Quejas y Sugerencias Institucional. ➤ Conformación de Comité de Seguridad del paciente ➤ Conformación de equipo de clima organizacional 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ El comité de quejas y Sugerencias institucional fue conformado y aprobado con RD N° 171-DG-INMP-06 del 19 de junio de 2006 el que se encargo del diseño e implementación del Sistema de Gestión de Quejas y Sugerencias institucional el que fue aprobado con RD N° 217-DG-INMP-07 con fecha 23 de Julio de 2007, el mismo que actualmente se encuentra operativo. ➤ En el presente año se viene trabajando coordinadamente con la Defensora de la Salud y Transparencia. ➤ El cual se encuentra operativo teniendo reuniones semanales, sus integrantes han recibido capacitación, conjuntamente con 40 profesionales y no profesionales de la institución que lograron culminar los tres módulos del curso. Actualmente ha elaborado el instrumento de recolección de datos para la notificación de eventos adversos a fin de implementar dicho sistema. ➤ Equipo que ha sido capacitado por personal del equipo de calidad del MINSA, con participación en el Piloto Nacional de Clima Organizacional elaborado por la OGC del MINSA.



COMPONENTE DEL SISTEMA DE LA CALIDAD	ACTIVIDADES REALIZADAS	RESULTADO
Organización para la calidad	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Convocatoria amplia de los servicios y departamentos Institucionales, para analizar los problemas de calidad ➤ Conformación del comité de Auditoria médica. ➤ La conformación de la Defensoría del Niño, niña y madre adolescente del INMP. ➤ Conformación de Equipos de mejora continua de calidad en los diferentes servicios de la Institución. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ <i>Listado priorizado de los problemas de calidad de las diferentes áreas para ser incorporadas en el POA de OGC en el periodo 2006 2007</i> ➤ Comité reconstituido a través de RD N° 327-DG-INMP-08 del 2 diciembre de 2008 Dicho comité cuenta con un personal contratado a tiempo completo desde noviembre de 2008.logrando agilizar el proceso de auditoria médica, siendo aún insuficiente por el número de auditorias de caso pendientes. ➤ EL programa de Defensoría del Niño, Niña y madres adolescente constituido en el 2005 integrado por 14 Defensoras y 5 promotores defensores, debidamente acreditadas por el MIMDES. Programa que se ve limitado por la falta de apoyo logístico para implementarse para realizar las actividades, pese a haber presentado el requerimiento correspondiente, a pesar de lo cual se esta reactivando en el presente período, habiendo establecido ya su plan de trabajo para el año 2011. ➤ Se ha logrado conformar diversos equipos de mejora continua de la calidad los que han logrado desarrollar PMCC: <ul style="list-style-type: none"> ○ Centro Quirúrgico. (1er equipo con proyecto implementado y actualmente se tiene el segundo equipo de mejora el cual viene trabajando un nuevo proyecto) ○ Unidad de Cuidado Intensivos Neonatal (Equipo de mejora actualmente desactivado, proyecto se quedo en etapa de recolección de la Información) ○ Puericultura Neonatal (proyecto en tapa de planificación) ○ Servicio de Obstetricia D(Equipo de mejora con proyecto implementado) ○ Centro Obstétrico (Equipo de mejora con proyecto en evaluación de resultados de piloto) (2 equipo diferentes)



	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Identificación de procesos neonatales ➤ Evaluación de tecnologías sanitarias 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Servicio C. ○ Servicio de Emergencia. ○ DEN <p>➤ Durante el año 2010 se ha identificado los procesos de los diferentes servicios del Departamento de Neonatología, habiéndose logrado incorporar las actividades mas importantes en el Plan Operativo de cada servicio y habiéndose identificado igualmente indicadores de proceso para monitorizar la ejecución de dichos procesos. Queda pendiente la identificación de los procesos de los Servicios Obstétricos lo que se ha planificado realizar el año 2011.</p> <p>➤ Desde el año 2006 y hasta la actualidad, en forma trimestral se ha levantado la información correspondiente al FONI, lográndose superar largamente el umbral del 80% para las funciones correspondientes.</p>
COMPONENTE DEL SISTEMA DE LA CALIDAD	ACTIVIDADES REALIZADAS	RESULTADO
Garantía y Mejora de la Calidad	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Implementación de proyectos de Mejora continua de la Calidad en las áreas críticas 	<p>➤ Se implementaron los siguientes proyectos de mejora continua, siendo los mas destacados el Proyecto de Mejora en el Manejo de medicamentos y material médico en SOP y recuperación del INMP. 2007 al 2009. (2do puesto en el IV Encuentro Nacional de PMCC, y reconocimiento por la Sociedad Nacional de Industrias en el año 2008). Proyecto de sistema de dispensación por dosis unitarias en los servicios de obstetricia B, C y D. Proyecto de Implementación de la Red Nacional de Telemedicina, Asistencia Técnica Virtual en Cuidados Críticos Neonatales 2009 – 2010. (1er Puesto en el VII Encuentro Nacional de PMCC). Proyecto de mejora de la satisfacción del usuario externo con respecto al proceso de alta del recién nacido con SIS del servicio de Puericultura Neonatal año 2009. Adicionalmente tenemos los siguientes proyectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Mejora en el procedimiento de Entrega de ropa limpia a ser usado en Sala de Operaciones del Instituto Nacional Materno Perinatal. (aprobado con RD N° 163-DG-INMP-07) ○ Servicio de Intermedios Neonatales (Proyecto de mejora en etapa de implementación) ○ Centro Obstétrico (Se diseño el proyecto de Parto con Acompañante, evaluándose resultados del piloto , actualmente trabajándose la directiva que sustente la institucionalización del proyecto)



	<p>Participación en el proceso de Acreditación</p>	<p>Proyectos en etapa de planificación, implementación o en etapa de piloto:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Centro Quirúrgico. Actualmente se viene realizando las mediciones de línea basal sobre el transporte de pacientes ○ Servicio de Obstetricia A (se trabajo el proyecto de mejora de la información a usuarios externos quedando en etapa de planificación) ○ Puericultura Neonatal (proyecto en etapa de planificación) ○ Hospitalización de Obstetricia (Se realizo la medición de la línea basal, del proyecto de Alta Obstétrica y reuniones de coordinación con la sub dirección para implementar mejoras en el proceso. Se diseño el proyecto de información a las usuarias de alta obstétrica, actualmente se encuentra en revisión) ○ Centro Obstétrico (Estrategias para disminuir el Número de personas en la Sala de labor). <p>El Director de la OGC en representación de la Institución, viene participando de las reuniones convocadas por el Ministerio de Salud para el Diseño de Estándares para la Acreditación de los Establecimiento de Nivel III – 2. Cuyo listado aún se encuentra en revisiones finales.</p>
COMPONENTE DEL SISTEMA DE LA CALIDAD	ACTIVIDADES REALIZADAS	RESULTADO
Garantía y Mejora de la Calidad	<p>Diseño del Sistema de Seguridad del Paciente Institucional</p> <p>Implementación de las siguientes metodologías para la reducción de eventos adversos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lista de Chequeo • Guía del paciente quirúrgico. • Reuniones para el análisis de 	<p>La Institución participo en el piloto de Seguridad de pacientes del MINSA, presentando propuestas para operativizar el sistema.</p> <p>Actualmente se encuentra en uso la lista de chequeo de cirugía segura en el Servicio de Sala de Operaciones, la cual se cumple en el 95% de las cirugías.</p> <p>La guía de paciente quirúrgico se encuentra en etapa de implementación, quedando pendiente la adquisición del material impreso para iniciar su distribución en los Servicios de Consultorios externo y Ginecología.</p> <p>Las reuniones de análisis de eventos adversos se viene desarrollando</p>



	<p>eventos adversos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Implementación de las rondas por la seguridad del paciente • Medición de eventos adversos. • Sensibilización y supervisión de Lavado de manos en la Institución. <p>➤ En base a la información obtenida se plantea la implementación del Programa de Promoción del Buen Trato en la Institución.</p>	<p>actualmente, prioritariamente en el comité de mortalidad materna.</p> <p>➤ Las rondas por la seguridad del paciente fueron suspendidas por los cambios en las diferentes jefaturas, las mismas que se retomaran desde el mes de Junio de 2009 y que se realizan hasta la actualidad</p> <p>➤ Se tiene el reporte de eventos adversos en el INMP periodo 2006 y 2009, como piloto inicial en base a una encuesta realizada a los profesionales de los diferentes servicios.</p> <p>➤ Registro de eventos adversos como infecciones intrahospitalarias y fractura de clavícula por la Oficina de Epidemiología.</p> <p>➤ Personal sensibilizado y reportes de supervisión de lavado de manos por el personal del INMP realizado por el comité de Infecciones intrahospitalarias y Oficina de Epidemiología.</p> <p>➤ En el periodo 2008 se implemento satisfactoriamente el programa de promoción del buen trato con la participación de casi un tercio de la población institucional.</p> <p>➤ Para el presente año se tiene programado realizar 3 campañas de promoción del buen trato.</p>
COMPONENTE DEL SISTEMA DE LA CALIDAD	ACTIVIDADES REALIZADAS	RESULTADO
Información para la Calidad	<p>➤ Diseño y elaboración de estándares e indicadores de calidad institucional</p> <p>➤ Se implementó el Sistema de Quejas Institucional</p>	<p>➤ Se diseñaron las propuestas de estándares e indicadores institucionales.</p> <p>➤ Se analizaran y revisaran los estándares de acreditación para instituciones de nivel III- 2 una vez validados por el MINSA para posteriormente adaptarlos a la especialidad.</p> <p>➤ El sistema de quejas Institucional empezó a trabajar a través del comité instalado , con un sistema estructurado para atender las quejas tanto de los usuarios internos como externos, asegurando así una mejor calidad de atención</p> <p>Actualmente se resuelven alrededor del 50% de las quejas con algunas dificultades debido a la falta de tiempo de los integrantes y demora en la respuesta de las áreas y/o servicios frente a las quejas recibidas.</p>



	<p>➤ Se rediseño las encuestas institucionales a través de un trabajo conjunto con la UNMSM</p> <p>➤ Aplicación de encuestas de satisfacción al usuario externo e interno en las diferentes áreas.</p>	<p>➤ Dichas encuestas rediseñadas fueron sometidas a pilotos que permitieron mejorar los instrumentos y por ende el levantamiento de información en periodo 2006 , las mismas que fueron suspendidas debido a la normatividad de MINSA para la aplicación de las encuestas de SEEUS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consultorios externos: 2005 y 2006-2007 • Servicio de emergencia Junio julio 2005; Marzo 2006, 2007 y 2009 utilizando el aplicativo (SEEUS) • Encuesta satisfacción laboral al usuario interno 2006 • Hospitalización de servicio neonatología Octubre-noviembre 2005 y Septiembre - noviembre 2007 (SEEUS) • Hospitalización de servicio gineco obstetricia Octubre- noviembre 2005 y Septiembre 2008 (SEEUS) • Servicio de Emergencia (SEEUS) en marzo – abril del 2009 • Encuesta de satisfacción del usuario interno en Junio – Julio del 2009 • En Consulta Externa (SERVQUAL) en noviembre – diciembre del 2009 • En el Servicio de Emergencia (SEEUS) en febrero – marzo del 2010 • En Hospitalización de Obstetricia y Ginecología (SEEUS) en agosto – setiembre del 2010 • En consultorios Externos (SERVQUAL) diciembre 2010
--	--	--



CONCLUSIONES

- Actualmente gran parte del personal asistencias y administrativo de la institución se encuentra sensibilizado y comprometido respecto a Sistema de Gestión de la Calidad (Mejoramiento continuo, seguridad del paciente)
- La institución cuenta con el comité de Quejas y Sugerencias operativo.
- Se cuenta con el comité de auditoria médica con un Médico Auditor a tiempo completo, el que aún no es suficiente para concluir con las auditorias pendientes.
- Se cuenta con el Programa de Defensoría del Niño, Niña y Madres Adolescente el que se ve limitado por falta de apoyo logístico.
- Se cuenta con equipos de mejora de la calidad en las diferentes áreas y/o servicios los que trabajaron o vienen trabajando proyectos de mejora de la calidad en sus respectivas áreas.
- En Seguridad del paciente la Institución participo como piloto para el planteamiento de propuestas para la implementación del Sistema.
- Actualmente se vienen implementando diversas estrategias para la reducción de eventos adversos como:
 - Uso de la Lista de Chequeo de Cirugía Segura.
 - La difusión de la Guía del Paciente Quirúrgico.
 - Reuniones de análisis de eventos adversos.
 - Rondas por la seguridad del paciente.
 - Registro y reporte de eventos adversos.
 - Sensibilización, monitoreo y supervisión del lavado de manos realizado por el Comité de Infecciones Intrahospitalarias.
- Se realizo la campaña en contra del Maltrato de manera satisfactoria logrando la participación de un tercio del personal de la institución, la que se desarrollara también en el presente año, debido a que aún se continúa con quejas respecto a maltrato.
- Se trabajo coordinadamente con el MINSA para la estructuración de los estándares de acreditación para el nivel III – 2 los que actualmente se encuentran en revisión Final.
- Actualmente se vienen desarrollando las diversas encuestas programadas.
- Se cuenta con la participación de dos anfitrionas que facilitan la aplicación de las encuestas.

RECOMENDACIONES

- Incluir en la Agenda de trabajo del Equipo de Gestión los temas de calidad y Seguridad de paciente.
- Trabajar de manera coordinada con la Oficina de Epidemiología, la Unidad de Gestión Tecnológica y el Comité de Infecciones Intrahospitalarias institucional para la implementación de Sistema de reporte y reducción de eventos adversos.
- Capacitar a los equipos de mejora continua en la elaboración de proyectos de mejora
- Solicitar al MINSA la reevaluación del Software del FONI, debido a que no es completamente aplicable al instituto.
- Concluir con la identificación de procesos de las áreas asistenciales