

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

ESCUELA DE POSTGRADO

MAESTRÍA DE GERENCIA EN SALUD



GESTIÓN DE CALIDAD EN EL PUESTO DE SALUD BAHÍA BLANCA, MICRORED PACHACÚTEC, RED VENTANILLA, CALLAO 2016

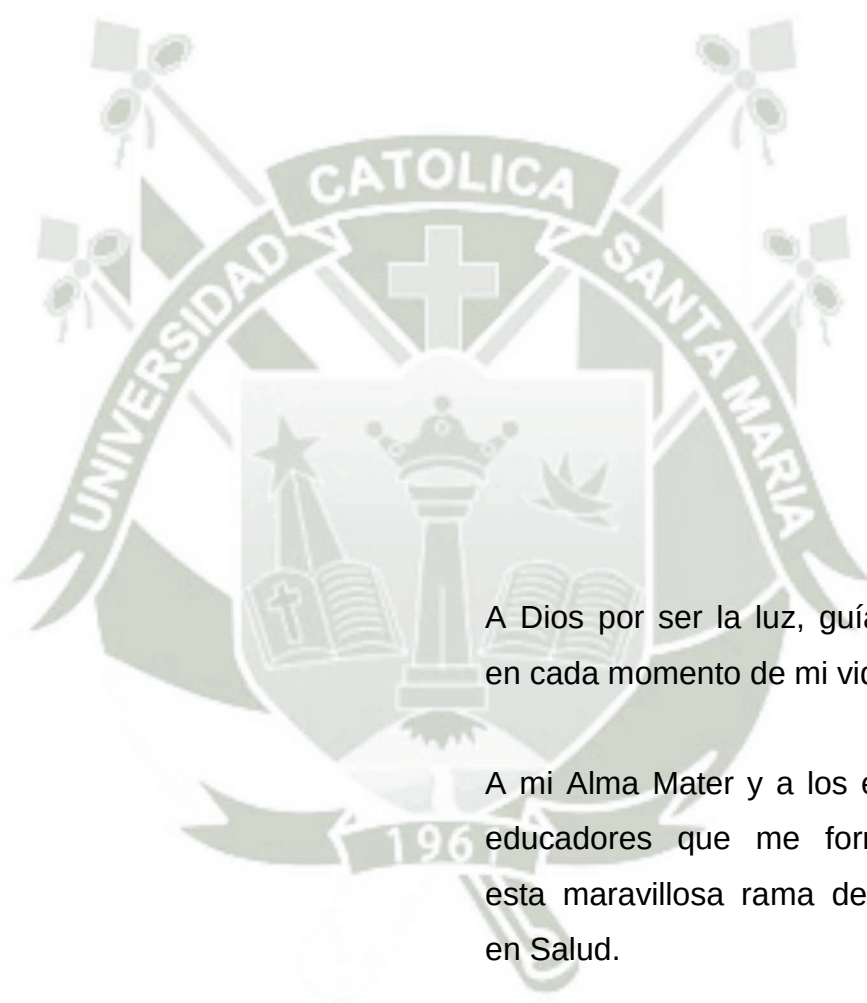
Tesis presentada por la Bachiller:

ANY ZARELA VASQUEZ ZEA

Para optar el Grado Académico de
Maestro en Gerencia en Salud

ASESOR: Dr. Julio Paredes Núñez

**AREQUIPA - PERÚ
2017**



A Dios por ser la luz, guía y fuerza
en cada momento de mi vida.

A mi Alma Mater y a los excelentes
educadores que me formaron en
esta maravillosa rama de Gerencia
en Salud.

A mis amadas Madre Zarela y
hermana Berenice, quienes me
demuestran su inmenso amor y me
enseñan con el ejemplo el liderazgo
espiritual, emocional, moral - ético e
intelectual.



“La administración es el órgano de las instituciones, el órgano que convierte a una multitud en una organización y a los esfuerzos humanos en acciones”.

Peter Drucker

Filósofo de la Administración

ÍNDICE

	Pág.
RESUMEN.....	9
ABSTRACT.....	10
INTRODUCCIÓN.....	11
CAPÍTULO ÚNICO: RESULTADOS	13
1. Seguridad de la atención.....	14
2. Garantía de calidad.....	37
3. Protección al asegurado	54
4. Valoración global de la gestión de calidad.....	73
5. Discusión y comentarios.....	78
CONCLUSIONES.....	85
SUGERENCIAS.....	86
PROYECTO DE MEJORA CONTINUA.....	90
ANEXOS.....	109
ANEXO N° 1 PROYECTO DE INVESTIGACIÓN.....	110
BIBLIOGRAFÍA.....	161
ANEXO N° 2 MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN.....	167
ANEXO N° 3 SOLICITUD Y AUTORIZACIÓN.....	172

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA N° 01: I.1 CONSERVACIÓN DE INFRAESTRUCTURA E HIGIENE	15
TABLA N° 02: I.2 DESARROLLO DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE EVENTOS ADVERSOS.....	17
TABLA N° 03: I.3 IMPLEMENTACIÓN DE LOS REGISTROS Y NOTIFICACIÓN DE ACCIDENTES DE TRABAJO DEL PERSONAL DE SALUD.....	19
TABLA N° 04: I.4 USO DE UN FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TODOS LOS PROCEDIMIENTOS INVASIVOS.....	21
TABLA N° 05: I.5 USO DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA IMPLEMENTADA Y REGISTRADA	23
TABLA N° 06: I.6 DELIMITACIÓN Y RESPETO DE LAS ZONAS RÍGIDAS Y SEMI RÍGIDAS PARA LA CIRCULACIÓN DE CAMILLAS.....	25
TABLA N° 07: I.7 CUMPLIMIENTO DE LOS PROCEDIMIENTOS ESTABLECIDOS PARA GARANTIZAR LA OPERATIVIDAD DE LA CADENA DE FRÍO.....	27
TABLA N° 08: I.8 CUMPLIMIENTO DEL PLAN ANUAL DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE EQUIPOS BIOMÉDICOS.....	29
TABLA N° 09: I.9 GESTIÓN DE ALMACÉN ESPECIALIZADO DE MEDICAMENTOS.....	31
TABLA N° 10 I.10 CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS DE PROTECCIÓN RADIOLÓGICA.....	33
TABLA N°11: VALORACIÓN DEL COMPONENTE DE SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN EN LA GESTIÓN DE CALIDAD DEL PUESTO DE SALUD BAHÍA BLANCA, SEGÚN ÁREA.....	36
TABLA N° 12: II.1 EJECUCIÓN DEL PLAN ANUAL DE AUDITORIA	
TABLA N° 13: II.2 ACTIVIDAD DEL COMITÉ DE AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN.....	38
TABLA N° 14: II.3 REPORTE DE HALLAZGOS DE AUDITORÍA DE LA CALIDAD DEL REGISTRO.....	40
TABLA N° 15: II.4 REPORTE DE HALLAZGOS DE AUDITORÍA PARA EVALUAR LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN A TRAVÉS DE LA HISTORIA CLÍNICA.....	42
TABLA N° 16: II.5 EVALUACIÓN DE ADHERENCIA AL USO DE LAS GUÍAS	

DE PRÁCTICA CLÍNICA (GPC).....	46
TABLA N° 17: II.6 REALIZACIÓN DE AUDITORÍAS DE CASO.....	48
TABLA N° 18: II.7 EJECUCIÓN DE PROYECTOS DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD.....	50
TABLA N° 19: VALORACIÓN DEL COMPONENTE DE GARANTÍA DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN LA GESTIÓN DE CALIDAD DEL PUESTO DE SALUD BAHÍA BLANCA, SEGÚN ÁREA	52
TABLA N° 20: III. 1 IMPLEMENTACIÓN DE MECANISMO QUE PERMITEN RECOGER LAS SUGERENCIAS, QUEJAS Y RECLAMOS.....	55
TABLA N° 21: III. 2 USO DE LIBRO DE RECLAMACIONES FÍSICO O VIRTUAL.....	57
TABLA N° 22: III. 3 SOCIALIZACIÓN AL USUARIO DEL PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN DE RECLAMOS Y QUEJAS.....	59
TABLA N° 23: III. 4 CUENTA CON PERSONAL RESPONSABLE DE CLASIFICAR LOS RECLAMOS Y QUEJAS.....	61
TABLA N° 24: III. 5 SOLUCIONA Y REPORTA CASOS A LAS IAFAS RESPECTIVAS, EN MENOS DE 3 MESES.....	63
TABLA N° 25: III. 6 CUENTA CON ARCHIVO DE LOS RECLAMOS PRESENTADOS Y RESPUESTA DENTRO DE LOS PLAZOS ESTABLECIDOS.....	65
TABLA N° 26: III.7 EVALÚA LA CALIDAD DEL SERVICIO A TRAVÉS DE LA MEDICIÓN DEL NIVEL DE SATISFACCIÓN DEL ASEGURADO.....	67
TABLA N° 27: III. 8 ANALIZA LOS RESULTADOS DE LAS ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN E IMPLEMENTACIÓN DE MEDIDAS CORRECTIVAS QUE RESULTEN NECESARIAS.....	69
TABLA N° 28: VALORACIÓN DEL COMPONENTE DE PROTECCIÓN AL ASEGURADO EN LA GESTIÓN DE CALIDAD DEL PUESTO DE SALUD BAHÍA BLANCA, SEGÚN ÁREA.....	71
TABLA N° 29: VALORACIÓN GLOBAL DE LA GESTIÓN DE CALIDAD DEL PUESTO DE SALUD BAHÍA BLANCA SEGÚN ÁREA.....	74
TABLA N° 30: VALORACIÓN GLOBAL DE LA GESTIÓN DE CALIDAD DEL PUESTO DE SALUD BAHÍA BLANCA, SEGÚN COMPONENTE.....	76

ÍNDICE DE GRÁFICAS

GRÁFICA N° 01: I.1 CONSERVACIÓN DE INFRAESTRUCTURA E HIGIENE.	15
GRÁFICA N° 02: I.2 DESARROLLO DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE EVENTOS ADVERSOS.....	17
GRÁFICA N° 03: I.3 IMPLEMENTACIÓN DE LOS REGISTROS Y NOTIFICACIÓN DE ACCIDENTES DE TRABAJO DEL PERSONAL DE SALUD	19
GRÁFICA N° 04: I.4 USO DE UN FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TODOS LOS PROCEDIMIENTOS INVASIVOS.....	21
GRÁFICA N° 05: I.5 USO DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA IMPLEMENTADA Y REGISTRADA.....	23
GRÁFICA N° 06: I.6 DELIMITACIÓN Y RESPETO DE LAS ZONAS RÍGIDAS Y SEMI RÍGIDAS PARA LA CIRCULACIÓN DE CAMILLAS.....	25
GRÁFICA N° 07: I.7 CUMPLIMIENTO DE LOS PROCEDIMIENTOS ESTABLECIDOS PARA GARANTIZAR LA OPERATIVIDAD DE LA CADENA DE FRÍO.....	27
GRÁFICA N° 08: I.8 CUMPLIMIENTO DEL PLAN ANUAL DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE EQUIPOS BIOMÉDICOS.....	29
GRÁFICA N° 09: I.9 GESTIÓN DE ALMACÉN ESPECIALIZADO DE MEDICAMENTOS.....	31
GRÁFICA N° 10: I.10 CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS DE PROTECCIÓN RADIOLÓGICA.....	34
GRÁFICA N° 11: VALORACIÓN DEL COMPONENTE DE SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN EN LA GESTIÓN DE CALIDAD DEL PUESTO DE SALUD BAHÍA BLANCA, SEGÚN ÁREA	36
GRÁFICA N° 12: II.1 EJECUCIÓN DEL PLAN ANUAL DE AUDITORIA	38
GRÁFICA N° 13: II.2 ACTIVIDAD DEL COMITÉ DE AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN.....	40
GRÁFICA N° 14: II.3 REPORTE DE HALLAZGOS DE AUDITORÍA DE LA CALIDAD DEL REGISTRO	44
GRÁFICA N° 15: II.4 REPORTE DE HALLAZGOS DE AUDITORÍA PARA EVALUAR LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN A TRAVÉS DE LA HISTORIA CLÍNICA	44
GRÁFICA N° 16: II.5 EVALUACIÓN DE ADHERENCIA AL USO DE LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA (GPC)	46

GRÁFICA N° 17: II.6 REALIZACIÓN DE AUDITORÍAS DE CASO.....	48
GRÁFICA N° 18: II.7 EJECUCIÓN DE PROYECTOS DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD	50
GRÁFICO N° 19: VALORACIÓN DEL COMPONENTE DE GARANTÍA DECALIDAD DE LA ATENCIÓN EN LA GESTIÓN DE CALIDAD DEL PUESTO DE SALUD BAHÍA BLANCA SEGÚN ÁREA.....	53
GRÁFICA N° 20: III.1 IMPLEMENTACIÓN DE MECANISMO QUE PERMITEN RECOGER LAS SUGERENCIAS, QUEJAS Y RECLAMOS.....	55
GRÁFICA N° 21: III.2 USO DE LIBRO DE RECLAMACIONES FÍSICO O VIRTUAL	57
GRÁFICA N° 22: III.3 SOCIALIZACIÓN AL USUARIO DEL PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN DE RECLAMOS Y QUEJAS.....	59
GRÁFICA N° 23: III.4 CUENTA CON PERSONAL RESPONSABLE DE CLASIFICAR LOS RECLAMOS Y QUEJAS.....	61
GRÁFICA N° 24: III.5 SOLUCIONA Y REPORTA CASOS A LAS IAFAS RESPECTIVAS, EN MENOS DE 3 MESES.....	63
GRÁFICA N° 25: III.6 CUENTA CON ARCHIVO DE LOS RECLAMOS PRESENTADOS Y RESPUESTA DENTRO DE LOS PLAZOS ESTABLECIDOS.....	65
GRÁFICA N° 26: III.7 EVALÚA LA CALIDAD DEL SERVICIO A TRAVÉS DE LA MEDICIÓN DEL NIVEL DE SATISFACCIÓN DEL ASEGURADO.....	67
GRÁFICA N° 27: III.8 ANALIZA LOS RESULTADOS DE LAS ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN E IMPLEMENTACIÓN DE MEDIDAS CORRECTIVAS QUE RESULTEN NECESARIAS.....	69
GRÁFICA N° 28: VALORACIÓN DEL COMPONENTE DE PROTECCIÓN AL ASEGURADO EN LA GESTIÓN DE CALIDAD DEL PUESTO DE SALUD BAHÍA BLANCA SEGÚN ÁREA.....	72
GRÁFICA N° 29: VALORACIÓN GLOBAL DE LA GESTIÓN DE CALIDAD DEL PUESTO DE SALUD BAHÍA BLANCA SEGÚN, ÁREA.....	74
GRÁFICA N° 30: VALORACIÓN GLOBAL DE LA GESTIÓN DE CALIDAD DEL PUESTO DE SALUD BAHÍA BLANCA POR COMPONENTE.....	76

RESUMEN

En la presente investigación se evaluó la Gestión de Calidad en el Puesto de Salud Bahía Blanca, Microrred Pachacútec, Red Ventanilla, Callao, 2016.

La evaluación midió los componentes Seguridad de la Atención, Garantía de Calidad y Protección al Asegurado para lo cual se revisaron los documentos de gestión.

Los objetivos planteados fueron precisar cómo se presenta la seguridad de atención, describir como se presenta la garantía de calidad y detallar como se presenta la protección del asegurado en el Puesto de Salud Bahía Blanca.

La técnica utilizada fue documental, el instrumento utilizado fue una lista de chequeo para la supervisión integral de la acreditación validada para la evaluación de la calidad de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) con enfoque de riesgo por SUSALUD y se presentan los resultados mediante estadística descriptiva.

Se encontró que en la seguridad de la atención el 50% de ítems se cumple en dirección y administración, el 43% en consulta externa, 25% en emergencia y patología clínica, 40% en anatomía patológica, así como 25% en Centro de esterilización y ninguno de los 5 ítems aplicables a farmacia se cumplió; por tanto la seguridad de la atención fue de alto riesgo en todas las áreas. En el aspecto de garantía de calidad, sólo aplicable al área de Dirección y Administración el cumplimiento fue de 50% (Alto riesgo), al igual que el componente de Protección al asegurado (aplicable sólo a Dirección y administración), sólo se cumplió en 38%.

Se concluye que la calidad de atención en el Puesto de Salud Bahía Blanca del Callao es de alto riesgo, por lo que se requieren de medidas de intervención urgentes para mejorar los servicios brindados por el establecimiento a la población.

Palabras clave: Gestión de calidad – seguridad de la atención – garantía de calidad – protección al asegurado.

ABSTRACT

In this research we were evaluated Quality Management in Bahia Blanca Health Center , Microrred Pachacutec , Red Ventanilla, Callao , 2016.

The evaluation measured the components of Care Safety, Quality Assurance and Protection Insured for which management documents were reviewed.

The objectives were to specify how the safety of care is presented, describe how quality assurance is presented and detailing how the protection of the insured is presented in Bahia Blanca Health Center.

The technique used was documentary and the instrument for this purpose was a checklist for comprehensive monitoring of accreditation validated for the assessment of the quality of service institutions Health (IPRESS) with risk approach by SUSALUD and displayed the results using descriptive statistics.

It was found that in the safety of care 50% of items is fulfilled in management and administration, 43% outpatients, 25% in emergency and clinical pathology, 40% in pathology and 25% in Central sterilization and none of the 5 items applicable to pharmacy fulfilled; with this the safety of care was high risk in all areas. In the aspect of quality assurance, only applies to the area of Management and Administration compliance was 50% (high risk), as well as the component of protection the insured (applicable only to Management and Administration), only fulfilled in 38 %.

It is concluded that the quality of care at the Health Center Bahia Blanca del Callao is high risk, so they require urgent intervention measures to improve services provided by the establishment to the population.

Keywords: Quality Management - safety of care - quality assurance - user protection.

INTRODUCCIÓN

Actualmente, los Sistemas de Gestión de la Calidad en una organización de salud deben integrar procedimientos, procesos y recursos como requisito para el desarrollo de los objetivos planteados y una mejora continua¹.

En este sentido, los diferentes sistemas de salud, dentro de los objetivos más relevantes consideran el logro de una atención de calidad, eficacia y eficiencia. Los Sistemas de Gestión de la Calidad son un conjunto de actividades, normas y estándares internacionales que integrados cumplen requisitos de calidad para poder ofrecer productos o servicios según las necesidades de los clientes pudiendo ser aplicados no solo en la industria de manufactura sino en sectores de servicios como el de salud.²

Para el caso del Puesto de Salud Bahía Blanca, Microrred Pachacútec, Red Ventanilla, Callao, se espera que todo paciente reciba una atención de calidad que permita brindar servicios de salud con una satisfacción adecuada de las necesidades de la población adscrita. Por este motivo, se presentó el interés de realizar una revisión de la actual Gestión de Calidad del Establecimiento de Salud, aplicando los instrumentos de evaluación integral y evaluando macroprocesos relacionados a la gestión de calidad para poder contar con diagnóstico situacional actualizado que sirva para retroalimentar las acciones, y que permita lograr procesos y procedimientos de atención con calidad.

El presente estudio describe los indicadores más importantes en la Gestión de Calidad del Puesto de Salud Bahía Blanca, desde la perspectiva del Modelo de Supervisión de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) en base al cumplimiento normativo y gestión de riesgo operativo como medio para el mejoramiento continuo de la calidad en el marco de la Acreditación de la Calidad en Salud de las IPRESS en el Perú³.

¹ Ministerio de Fomento de España. (2009). Sistema de Gestión de la Calidad según ISO 9001:2008

² Arias Coelo Alicia (2013). Gestión de la Calidad: Conceptos básicos. Facultad de Ciencias de la Documentación, Universidad Complutense de Madrid, España. Disponible en: <http://pendiente-demigracion.ucm.es/centros/cont/descargas/documento10123.pdf>

³ MINSA. (2010). D.S N°008-2010-SA Reglamento Cuarta Disposición. Complementaria y Final. De la Acreditación de las IPREES

La investigación consta de un Capítulo Único en el que se presentan los resultados de la investigación plasmados en tablas y gráficas interpretadas, así como la discusión y comentarios, las conclusiones y las recomendaciones.

A partir de estos resultados se dará a conocer como es la gestión de calidad del Puesto de Salud Bahía Blanca y se podrán proponer estrategias para mejorarla y lograr una satisfacción adecuada del usuario y una atención de calidad.

En los anexos se presentan: el Proyecto de Investigación que contiene el Planteamiento Teórico y el Planteamiento Operacional, posteriormente la Matriz de Sistematización y la autorización para el desarrollo de la investigación.





CAPÍTULO ÚNICO

RESULTADOS



1. SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN

TABLA N° 01

I.1 CONSERVACIÓN DE INFRAESTRUCTURA E HIGIENE

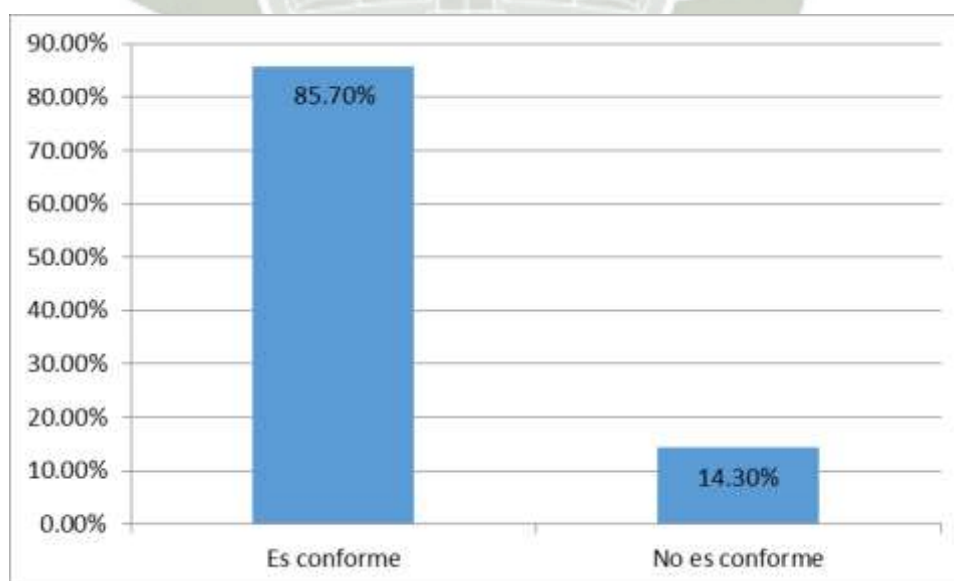
Área	Conformidad*
Dirección y administración	1
Consulta externa	1
Emergencia	1
Patología clínica	1
Anatomía patológica	1
Farmacia	0
C. esterilización	1
Ítems	7
Conformes	6
Cumplimiento	85.70%
Valoración	Bajo Riesgo

* (0) No cumple (1) Si cumple

Fuente: Instrumento aplicado por la autora.UCSM-2016

GRÁFICA N° 01

I.1 CONSERVACIÓN DE INFRAESTRUCTURA E HIGIENE.



Fuente: Elaboración personal

En la tabla y gráfica que anteceden, se observa que el 85.7% de la planta física, las instalaciones y el equipamiento del establecimiento de salud y servicios médicos de apoyo se mantienen en buenas condiciones de conservación de higiene y funcionamiento. El área de Farmacia no cumple con las condiciones de infraestructura normadas; por tanto es recomendable mejorar su infraestructura de manera inmediata

Ello representa un bajo riesgo para la calidad de la gestión del establecimiento. Lo que responde a la reciente apertura del Puesto de Salud en marzo de 2015.



TABLA N° 02

**I.2 DESARROLLO DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE EVENTOS
ADVERSOS**

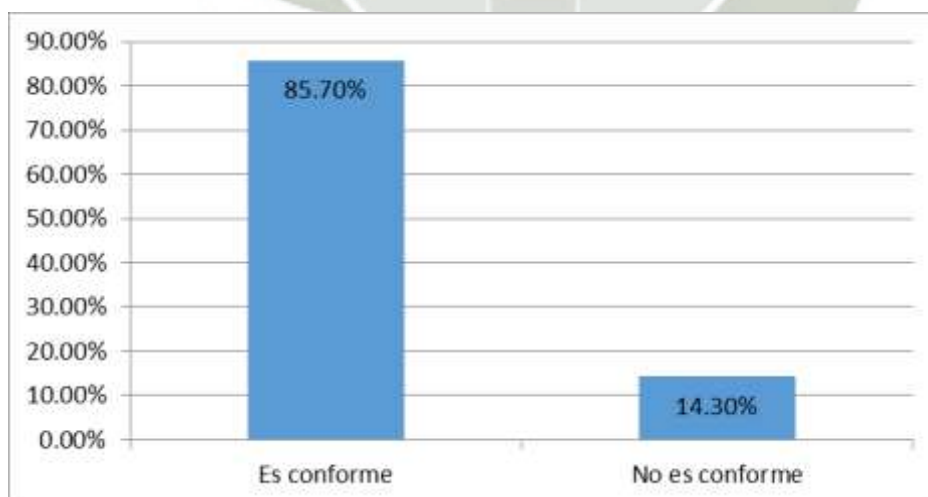
Área	Cumplimiento*
Dirección y administración	0
Consulta externa	1
Emergencia	0
Patología clínica	0
Anat. Patológica	0
Farmacia	0
C. esterilización	0
Ítems	7
Conformes	1
Cumplimiento	14.30%
Valoración	Alto riesgo

* (0) No cumple (1) Si cumple

Fuente: Instrumento aplicado por la autora.UCSM-2016

GRÁFICA N° 02

**I.2 DESARROLLO DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE EVENTOS
ADVERSOS**



Fuente: Elaboración personal

En la tabla y gráfica que anteceden, se puede apreciar que sólo en el área de Consulta Externa se han implementado las actividades necesarias para el funcionamiento óptimo de un sistema de gestión de eventos adversos (14.3%). En otras áreas sólo se cuenta con un registro de eventos adversos, no se cuenta con un plan de seguridad del paciente y tampoco se reportan ni analizan los eventos adversos que se hayan presentado.



TABLA N° 03

I.3 IMPLEMENTACIÓN DE LOS REGISTROS Y NOTIFICACIÓN DE ACCIDENTES DE TRABAJO DEL PERSONAL DE SALUD

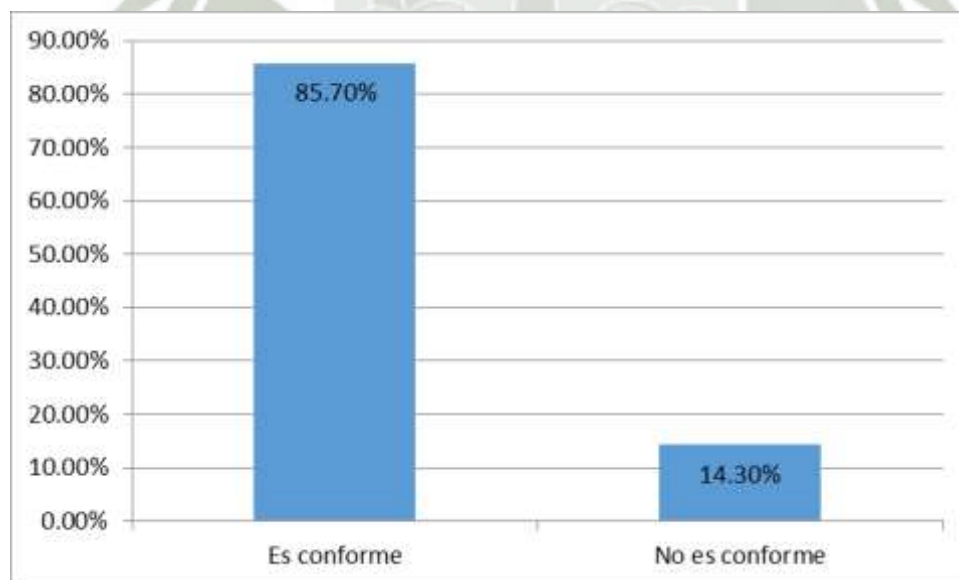
Área	Cumplimiento*
Dirección y administración	1
Consulta externa	0
Emergencia	0
Patología clínica	0
Anat. Patológica	0
Farmacia	0
C. esterilización	0
Ítems	7
Conformes	1
Cumplimiento	14.30%
Valoración	Alto riesgo

* (0) No cumple (1) Si cumple

Fuente: Instrumento aplicado por la autora.UCSM-2016

GRÁFICA N° 03

I.3 IMPLEMENTACIÓN DE LOS REGISTROS Y NOTIFICACIÓN DE ACCIDENTES DE TRABAJO DEL PERSONAL DE SALUD



Fuente: Elaboración personal

En la tabla y gráfica que anteceden, se evidencia en el ítem (I.3) que sólo el área de Dirección lleva a cabo las actividades de registro y notificación de accidentes de trabajo del personal de salud; calificando el cumplimiento de la implementación de los registros de accidentes de trabajo con un 14.3%.

Al tratarse de un establecimiento de salud de atención primaria y bajo nivel resolutivo, se trató de centralizar este registro en el área de la Dirección y Administración; sin embargo es obligación de cada área realizar el reporte a la jefatura del establecimiento, sin que esto signifique que no exista un área que acopie los reportes y realice la notificación al Ministerio de Trabajo.

Así mismo, debe reconocerse que el procedimiento para el registro y notificación de los accidentes de trabajo que son atendidos por los establecimientos de salud, se debe realizar a través de los formatos establecidos por el Ministerio de Trabajo y el establecimiento utiliza solo un informe de notificación lo que difiere de los lineamientos establecidos.



TABLA N° 04

**I.4 USO DE UN FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA
TODOS LOS PROCEDIMIENTOS INVASIVOS**

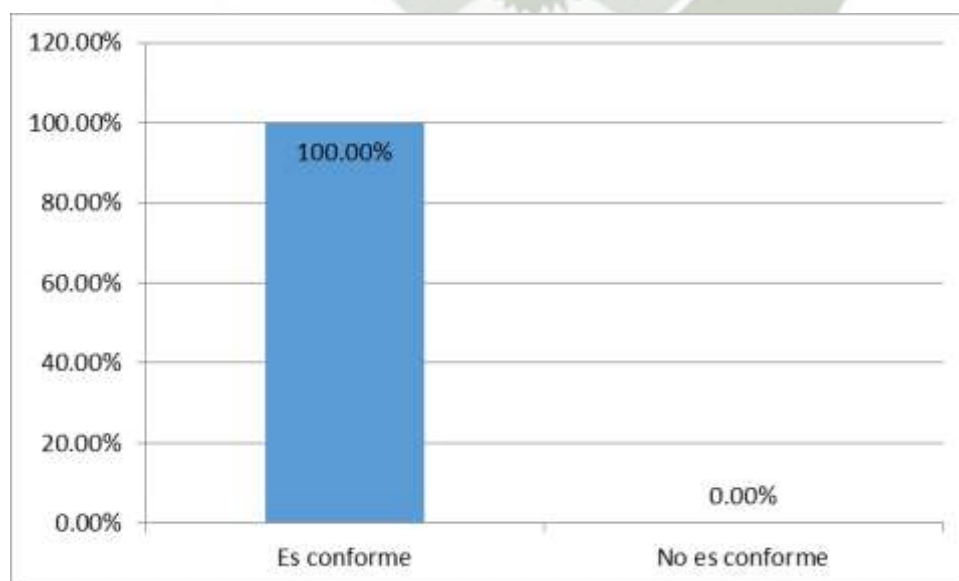
Área	Cumplimiento*
Dirección y administración	NA
Consulta externa	NA
Emergencia	NA
Patología clínica	NA
Anat. Patológica	1
Farmacia	NA
C. esterilización	NA
Ítems	1
Conformes	1
Cumplimiento	100.00%
Valoración	Bajo riesgo

* (NA) No aplica (1) Si cumple

Fuente: Instrumento aplicado por la autora.UCSM-2016

GRÁFICA N° 04

**I.4 USO DE UN FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA
TODOS LOS PROCEDIMIENTOS INVASIVOS**



Fuente: Elaboración personal

En la tabla y gráfica que anteceden, se aprecia que en el 100.00% de áreas en las que corresponde aplicar el formato de consentimiento informado; éste se utiliza para la autorización y consentimiento de los procedimientos invasivos.

Dado que el único procedimiento invasivo que se realiza en el Puesto de Salud es la colposcopia; la firma y/o revocatoria del formato se realiza en el área de Anatomía Patológica (Toma de biopsia de cuello uterino mediante colposcopia).



TABLA N° 05

**I.5 USO DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA SEGURIDAD DE LA
CIRUGÍA IMPLEMENTADA Y REGISTRADA**

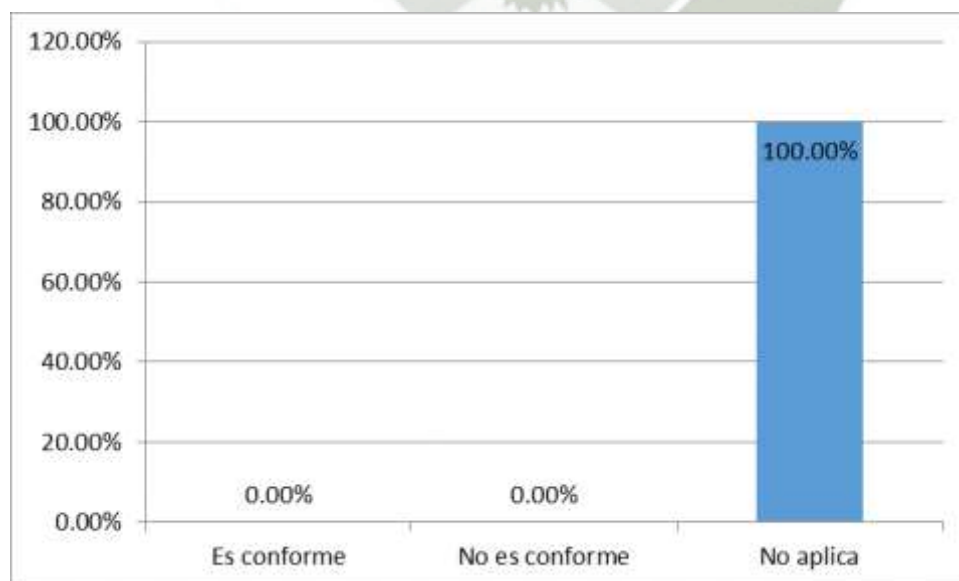
Área	Cumplimiento*
Dirección y administración	NA
Consulta externa	NA
Emergencia	NA
Patología clínica	NA
Anat. Patológica	NA
Farmacia	NA
C. esterilización	NA
Ítems	0
Conformes	0
Cumplimiento	No aplica
Valoración	No aplica

* (NA) No aplica (1) Si cumple

Fuente: Instrumento aplicado por la autora.UCSM-2016

GRÁFICA N° 05

**I.5 USO DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA SEGURIDAD DE LA
CIRUGÍA IMPLEMENTADA Y REGISTRADA**



Fuente: Elaboración personal

En la tabla y gráfica que anteceden, el ítem (I.5) no es aplicable al estudio, dado que el establecimiento es de nivel I-2 y no realiza cirugías y por tanto no corresponde aplicar la lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía. La lista de cirugía segura se debe implementar en aquellos niveles en los que se cuente con Unidad Productora de Servicios de Centro Quirúrgico, es decir a partir del nivel II-1.



TABLA N° 06

I.6 DELIMITACIÓN Y RESPETO DE LAS ZONAS RÍGIDAS Y SEMI RÍGIDAS PARA LA CIRCULACIÓN DE CAMILLAS

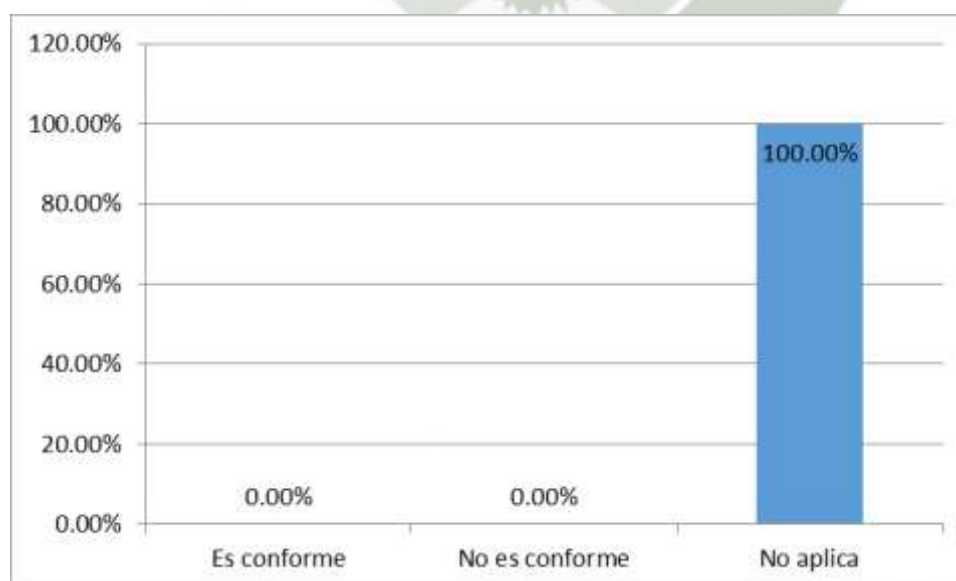
Área	Cumplimiento*
Dirección y administración	NA
Consulta externa	NA
Emergencia	NA
Patología clínica	NA
Anat. Patológica	NA
Farmacia	NA
C. esterilización	NA
Ítems	0
Conformes	0
Cumplimiento	No aplica
Valoración	No aplica

* (NA) No aplica (1) Si cumple

Fuente: Instrumento aplicado por la autora.UCSM-2016

GRÁFICA N° 06

I.6 DELIMITACIÓN Y RESPETO DE LAS ZONAS RÍGIDAS Y SEMI RÍGIDAS PARA LA CIRCULACIÓN DE CAMILLAS



Fuente: Elaboración personal

En la tabla y gráfica que anteceden, de manera similar a la tabla N° 05, en el nivel I-2, como es el Puesto de Salud evaluado, no corresponde tener delimitadas las zonas rígidas y semi rígidas para la circulación de camillas, personal y trasbordo de pacientes en centro quirúrgico, debido a que el establecimiento de nivel I-2 no posee centro quirúrgico.



TABLA N° 07

**I.7 CUMPLIMIENTO DE LOS PROCEDIMIENTOS ESTABLECIDOS PARA
GARANTIZAR LA OPERATIVIDAD DE LA CADENA DE FRÍO**

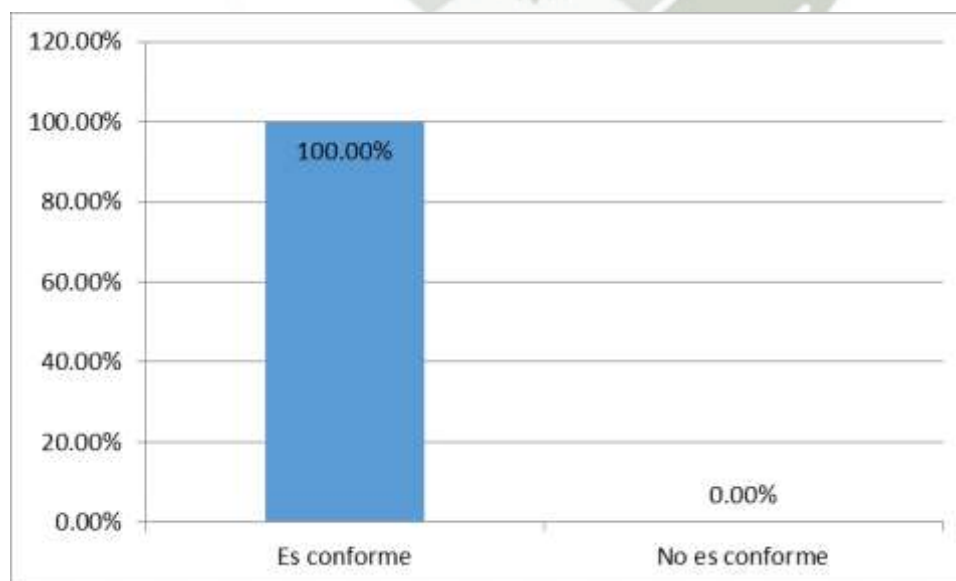
Área	Cumplimiento*
Dirección y administración	NA
Consulta externa	1
Emergencia	NA
Patología clínica	NA
Anat. Patológica	NA
Farmacia	NA
C. esterilización	NA
Ítems	1
Conformes	1
Cumplimiento	100.00%
Valoración	Bajo riesgo

* (NA) No aplica (1) Si cumple

Fuente: Instrumento aplicado por la autora.UCSM-2016

GRÁFICA N° 07

**I.7 CUMPLIMIENTO DE LOS PROCEDIMIENTOS ESTABLECIDOS PARA
GARANTIZAR LA OPERATIVIDAD DE LA CADENA DE FRÍO**



Fuente: Elaboración personal

En la tabla y gráfica que anteceden, los procedimientos establecidos para garantizar la operatividad de la Cadena de Frío tienen un 100% de cumplimiento en el área de Consultorio Externo, según la lista de Chequeo N° 02; lo que representa un bajo riesgo para la gestión de la calidad del Puesto de Salud Bahía Blanca.

El cumplimiento del 100% de los procedimientos garantiza que no se interrumpa la cadena de frío, asegurando que no se producirá la pérdida total de las vacunas y su potencia inmunizante.



TABLA N° 08

I.8 CUMPLIMIENTO DEL PLAN ANUAL DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE EQUIPOS BIOMÉDICOS

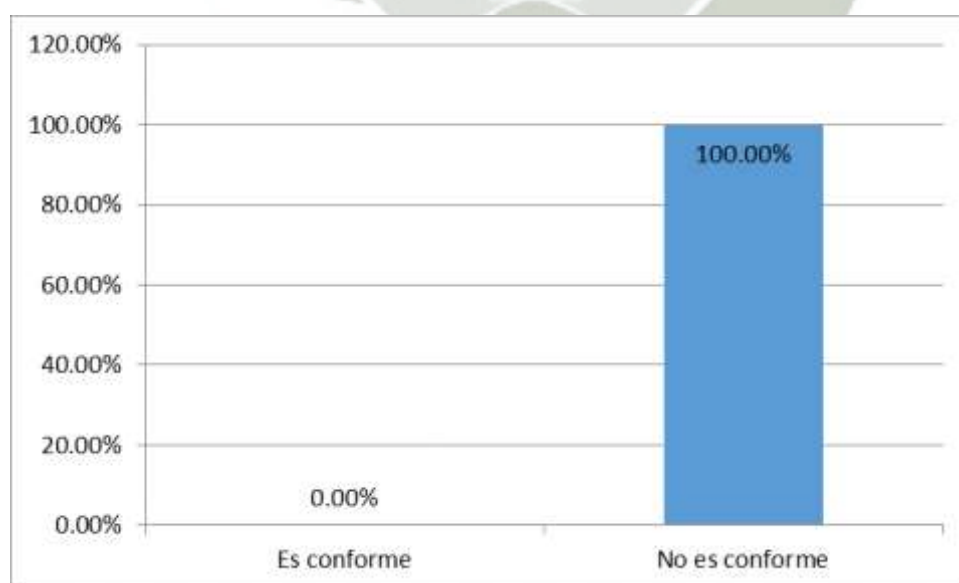
Área	Cumplimiento*
Dirección y administración	NA
Consulta externa	0
Emergencia	0
Patología clínica	0
Anat. Patológica	0
Farmacia	0
C. esterilización	0
Ítems	6
Conformes	0
Cumplimiento	0.00%
Valoración	Alto riesgo

* (NA) No aplica (0) No cumple

Fuente: Instrumento aplicado por la autora.UCSM-2016

GRÁFICA N° 08

I.8 CUMPLIMIENTO DEL PLAN ANUAL DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE EQUIPOS BIOMÉDICOS



Fuente: Elaboración personal

En la tabla y gráfica que anteceden, se observa en el ítem (I.8) no existen evidencias de cumplimiento del plan anual de mantenimiento preventivo de equipos biomédicos en ninguna de las áreas del Puesto de Salud.

Los equipos biomédicos según las recomendaciones del fabricante, tienen un tiempo de intervalo para su mantenimiento y de vida útil. Por tal razón no es suficiente contar con un plan de mantenimiento preventivo, sino que se hace necesario su fiel cumplimiento en búsqueda de la eficacia y eficiencia de los equipos y de la seguridad del paciente.



TABLA N° 09

I.9 GESTIÓN DE ALMACÉN ESPECIALIZADO DE MEDICAMENTOS

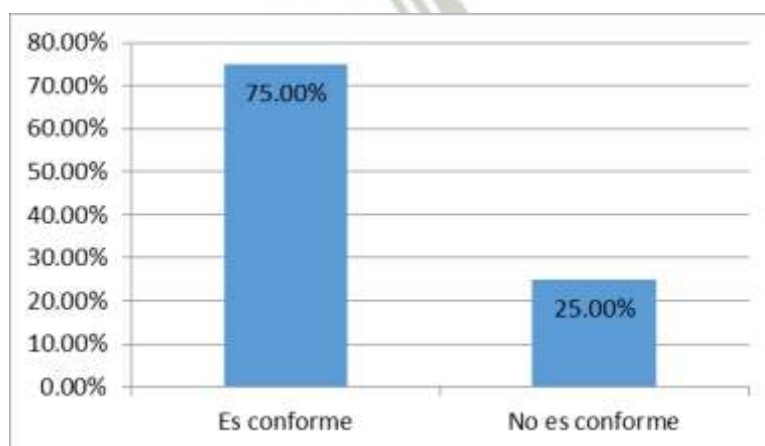
CHECK LIST N°03 - GESTION DE STOCKS EN EL ALMACEN ESPECIALIZADO DE MEDICAMENTOS Y EN LOS SERVICIOS DE FARMACIA

ACTIVIDAD	CUMPLIMIENTO
El ES garantiza la conservación de los productos farmacéuticos, sanitarios y dispositivos médicos en el marco de las BPA en las áreas de almacén especializado de medicamentos, de dispensación/ expendio de farmacia y otra dependientes de farmacia donde se almacene.	0
Farmacia ha implementado el procedimiento para control de inventarios, monitoreo de existencias de productos farmacéuticos, sanitarios y dispositivos médicos en todos los servicios que cuenten con stocks de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios.	1
Farmacia ha implementado el procedimiento para la rotación de stocks y productos próximos a vencer en el establecimiento de salud.	1
El ES ha dispuesto la baja respectiva para los productos farmacéuticos, sanitarios y dispositivos médicos vencidos, deteriorados, sustraídos y robados.	1
El ES gestiona el abastecimiento oportuno de los productos farmacéuticos, sanitarios y dispositivos médicos según el Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales vigente y para su categoría y nivel de atención	NA
Ítems	4
Conformes	3
Cumplimiento	75%
Valoración	Mediano riesgo

* (NA) No aplica (0) No cumple (1) Si cumple
Fuente: Instrumento aplicado por la autora.UCSM-2016

GRÁFICA N° 09

I.9 GESTIÓN DE ALMACÉN ESPECIALIZADO DE MEDICAMENTOS



Fuente: Elaboración personal

En la tabla y gráfica que anteceden, se aprecia que la gestión de stocks en el área de Farmacia es de mediano riesgo con un cumplimiento del 75% de las actividades establecidas en la norma.

La conservación de los productos no es la adecuada en el almacén, según la Norma Técnica del Ministerio de Salud la altura mínima del suelo es de 10 centímetros, no cumpliendo este punto.



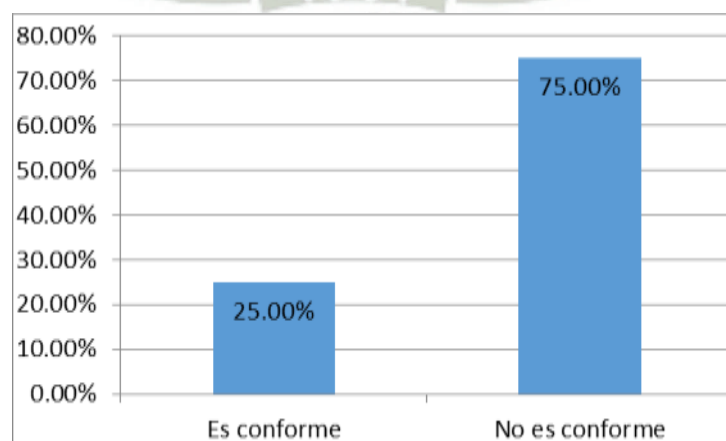
TABLA N° 10
I.10 CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS DE PROTECCIÓN
RADIOLÓGICA

CHECK LIST N° 04-REQUISITOS EN SEGURIDAD RADIOLÓGICA

Actividad	Cumplimiento*
Licencia de Operación por equipo	0
Licencia Individual por Operador	1
Dosímetro Personal visible durante procedimiento tanto en el establecimiento como en otro(mismo)	NA
Aplica medidas de protección radiológica para el paciente, operador y ambiente del establecimiento de salud	0
Cuenta con Programa de Protección Radiológica y Garantía de Calidad	0
	4
Conformes	1
Cumplimiento	25.0%
Valoración	Alto riesgo

* (NA) No aplica (0) No cumple (1) Si cumple
Fuente: Instrumento aplicado por la autora.UCSM-2016

GRÁFICA N° 10
I.10 CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS DE PROTECCIÓN
RADIOLÓGICA



Fuente: Elaboración personal

En la tabla y gráfica que anteceden, se aprecia que el Puesto de Salud por ser de categoría I-2 no posee servicio de radiología, sin embargo en consulta externa el Servicio de Odontología cuenta con un equipo de rayos X, según las actividades descritas en el Check List N° 4 del instrumento sólo se cumple el 25.0% de los requisitos de protección radiológica que consiste en que el operador del equipo cuente con licencia individual.

Es importante mencionar, que las medidas de protección radiológicas deben ser tanto para el paciente, el operador y también para el ambiente, en este caso la seguridad radiológica es carente lo que representa un alto riesgo en su valoración.



TABLA N°11

**VALORACIÓN DEL COMPONENTE DE SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN
EN LA GESTIÓN DE CALIDAD DEL PUESTO DE SALUD BAHÍA
BLANCA, SEGÚN ÁREA**

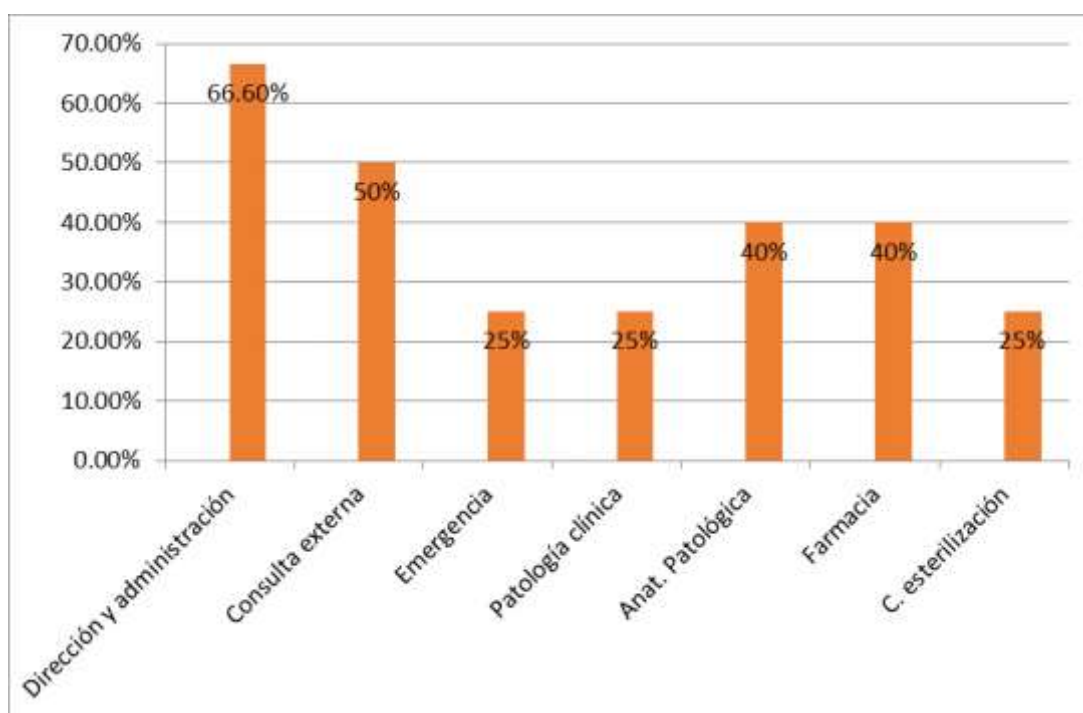
Ítem	Dirección y Administ.	Consulta externa	Emer- gencia	Patología clínica	A. Pato- lógica	Farma- cia	C. esteri- lización
I.1	1	1	1	1	1	0	1
I.2	0	1	0	0	0	1	0
I.3	1	0	0	0	0	0	0
I.4	NA	NA	NA	NA	1	NA	NA
I.5	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
I.6	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
I.7	NA	1	NA	NA	NA	NA	NA
I.8	NA	0	0	0	0	0	0
I.9	NA	NA	NA	NA	NA	1	NA
I.10	NA	0	NA	NA	NA	NA	NA
Ítems	3	6	4	4	5	5	4
Conformes	2	3	1	1	2	2	1
Cumplimiento	66.6%	50%	25%	25%	40%	40%	25%
Valoración RIESGO	Mediano	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto

* (NA) No aplica (0) No cumple (1) Si cumple
Fuente: Instrumento aplicado por la autora.UCSM-2016

I.1	La planta física, instalaciones y equipamiento del establecimiento y servicios médicos de apoyo se mantienen en buenas condiciones de conservación de higiene y funcionamiento.
I.2	Ha desarrollado un sistema de gestión de eventos adversos.
I.3	Ha implementado los registros y notificación de accidentes de trabajo del personal de salud.
I.4	Utilizan un formato de consentimiento informado para todos los procedimientos invasivos.
I.5	Se cuenta con Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía implementada y registrada.
I.6	Están delimitadas y se respetan las zonas rígidas y semi rígidas para la circulación de camillas, personal y trasbordo de pacientes en centro quirúrgico.
I.7	Se cumple con procedimientos para garantizar la operatividad de la Cadena de Frío.
I.8	Evidencias de cumplimiento del plan anual de mantenimiento preventivo de equipos biomédicos
I.9	El establecimiento de salud realiza una adecuada gestión de stocks y abastecimiento en el Almacén Especializado de Medicamentos y en los servicios de farmacia.
I.10	Se cumple los requisitos de protección radiológica en los servicios de radiología, radioterapia y medicina nuclear.

GRÁFICA N° 11

**VALORACIÓN DEL COMPONENTE DE SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN
EN LA GESTIÓN DE CALIDAD DEL PUESTO DE SALUD BAHÍA
BLANCA, SEGÚN ÁREA**



Fuente: Elaboración personal

Se observa como son los componentes de la seguridad de la atención en las diferentes áreas del Puesto de Salud Bahía Blanca.

Como se aprecia, no todos los componentes se aplican en todas las áreas. Se consideraron las respuestas de conformidad de cumplimiento (respondidas como 1); encontrando que el 66.6% de ítems se cumple en Dirección y Administración, el 50.0% en Consulta externa, 25.0% en emergencia y Patología clínica, 40.0 % en Anatomía patológica, así como 25.0% en Centro de esterilización y solo uno de los cinco ítems aplicables a Farmacia, se cumplió. de forma global, se considera que la seguridad de la atención del paciente en el Puesto de Salud Bahía Blanca tiene un 85.7 % de las áreas son de alto riesgo y solo el 14.3% de mediano riesgo.



2. GARANTIA DE CALIDAD

TABLA N°12

II.1 EJECUCIÓN DEL PLAN ANUAL DE AUDITORIA

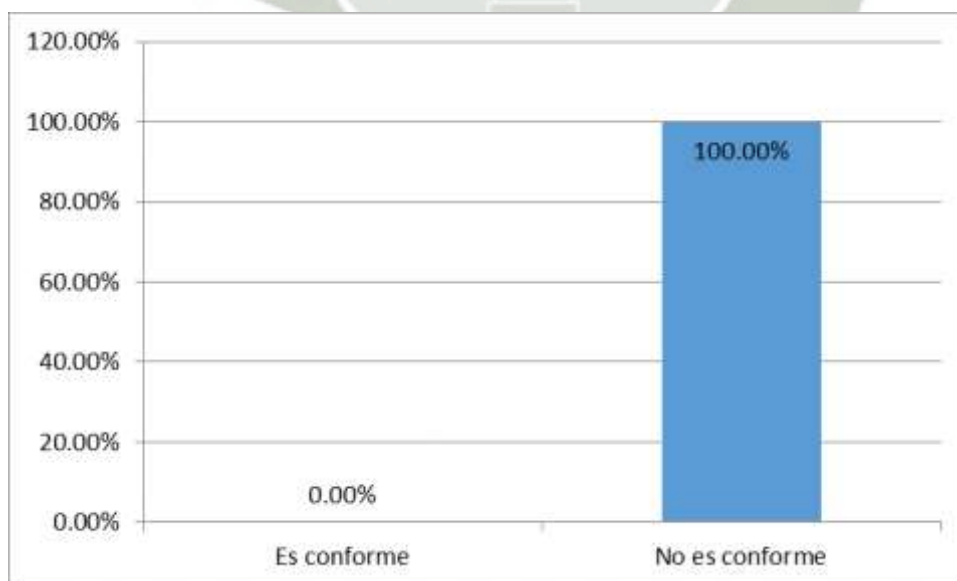
Área	Cumplimiento*
Dirección y administración	0
Consulta externa	NA
Emergencia	NA
Patología clínica	NA
Anat. Patológica	NA
Farmacia	NA
C. esterilización	NA
Ítems	1
Conformes	0
Cumplimiento	0.00%
Valoración	Alto riesgo

* (NA) No aplica (0) No cumple

Fuente: Instrumento aplicado por la autora.UCSM-2016

GRÁFICA N° 12

II.1 EJECUCIÓN DEL PLAN ANUAL DE AUDITORÍA



Fuente: Elaboración personal

En la tabla y gráfica que anteceden, se observa, que el área de Dirección y Administración, que es responsable de contar con un Plan Anual de Auditoría (que incluya la auditoría de historias clínicas para el año en curso), no cumple con esta función.

La ausencia de un plan al respecto, basado en los lineamientos y reglamentos de la institución, no permite que la auditoría sea sistematizada, ni el cumplimiento de un cronograma específico, con responsables. Al no contar con un plan no se realizan auditorías de la calidad de atención, desconociendo cómo se brinda el servicio de salud a los pacientes.



TABLA N° 13

II.2 ACTIVIDAD DEL COMITÉ DE AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN

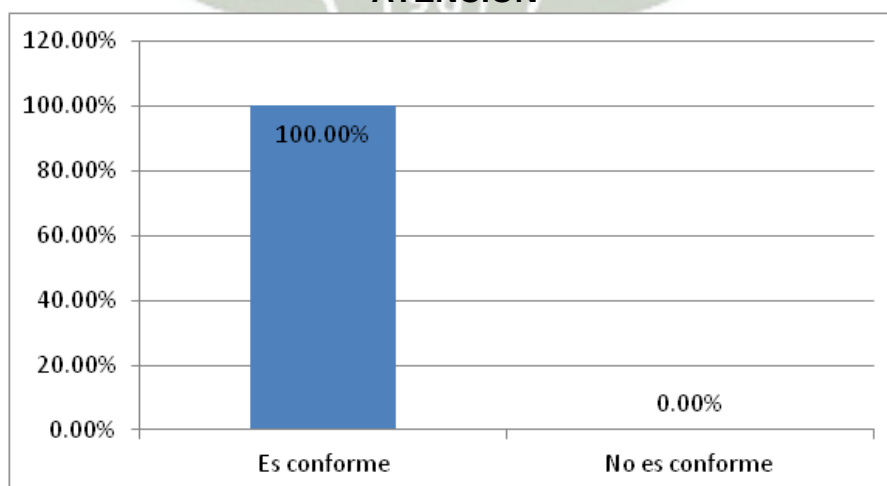
Área	Cumplimiento*
Dirección y administración	1
Consulta externa	NA
Emergencia	NA
Patología clínica	NA
Anat. Patológica	NA
Farmacia	NA
C. esterilización	NA
Ítems	1
Conformes	1
Cumplimiento	100.00%
Valoración	Bajo riesgo

* (NA) No aplica (1) Si cumple

Fuente: Instrumento aplicado por la autora.UCSM-2016

GRÁFICA N° 13

II.2 ACTIVIDAD DEL COMITÉ DE AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN



Fuente: Elaboración personal

En la tabla y gráfica que anteceden, se aprecia que en el Puesto de Salud, sujeto de estudio, la Dirección ha logrado implementar y poner en funcionamiento un Comité de Auditoría de la Calidad de la Atención, (con reuniones periódicas como parte de sus actividades), esto genera el porcentaje de cumplimiento pleno, razón por la cual se valora como bajo el riesgo.

Considerando, que la auditoría de la calidad, es de vital importancia para una adecuada gestión de calidad en el primer nivel de atención, se hace necesario el desarrollo de un Plan de Auditoría de Calidad, como lo estipula la norma expresada en el ítem evaluado. (Tabla N° 12).



TABLA N° 14

II.3 REPORTE DE HALLAZGOS DE AUDITORÍA DE LA CALIDAD DEL REGISTRO

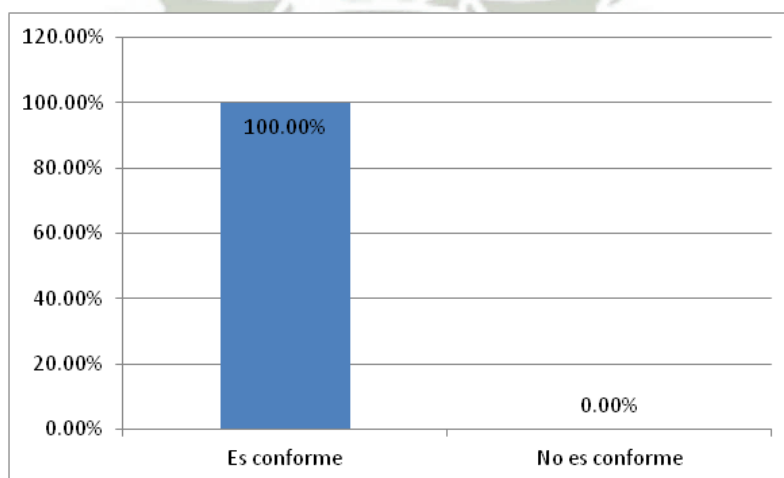
Área	Cumplimiento*
Dirección y administración	1
Consulta externa	NA
Emergencia	NA
Patología clínica	NA
Anat. Patológica	NA
Farmacia	NA
C. esterilización	NA
Ítems	1
Conformes	1
Cumplimiento	100.00%
Valoración	Bajo riesgo

* (NA) No aplica (1) Si cumple

Fuente: Instrumento aplicado por la autora.UCSM-2016

GRÁFICA N° 14

II.3 REPORTE DE HALLAZGOS DE AUDITORÍA DE LA CALIDAD DEL REGISTRO



Fuente: Elaboración personal

En la tabla y gráfica que anteceden, se muestra la existencia del reporte de hallazgos de auditoría de la calidad del Registro, con un cumplimiento del 100%.

La auditoría de la calidad de registro se desarrolla de forma trimestral y debe remitirse al jefe de calidad de la Red, pero en la verificación in situ, se apreció que dicho Comité no cuenta con un libro de actas como evidencia, en el que registren reuniones, actividades, acuerdos para recolectar información y remitirla a la Red.



TABLA N° 15

II.4 REPORTE DE HALLAZGOS DE AUDITORÍA PARA EVALUAR LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN A TRAVÉS DE LA HISTORIA CLÍNICA

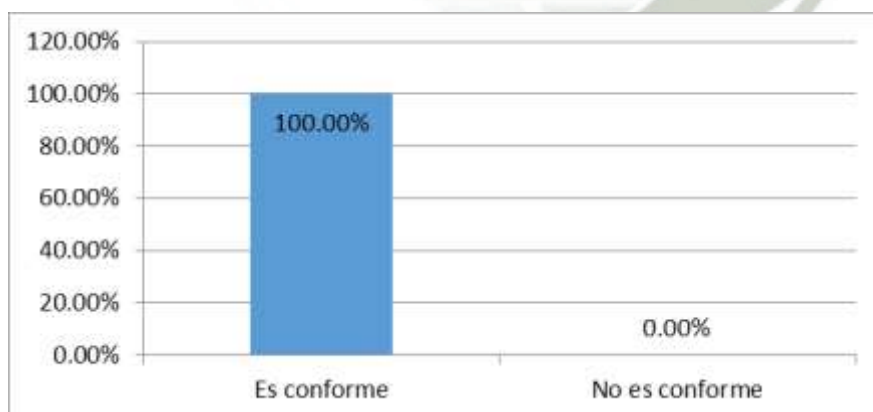
Área	Cumplimiento*
Dirección y administración	1
Consulta externa	NA
Emergencia	NA
Patología clínica	NA
Anat. Patológica	NA
Farmacia	NA
C. esterilización	NA
Ítems	1
Conformes	1
Cumplimiento	100.00%
Valoración	Bajo riesgo

* (NA) No aplica (1) Si cumple

Fuente: Instrumento aplicado por la autora.UCSM-2016

GRÁFICA N° 15

II.4 REPORTE DE HALLAZGOS DE AUDITORÍA PARA EVALUAR LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN A TRAVÉS DE LA HISTORIA CLÍNICA



Fuente: Elaboración personal

En la tabla y gráfica que anteceden, se observa que el reporte de hallazgos de auditoría para evaluar la calidad de la atención a través de la historia clínica corresponde únicamente al área de Dirección y Administración. Los resultados de la evaluación muestran el 100% de cumplimiento.



TABLA N° 16

II.5 EVALUACIÓN DE ADHERENCIA AL USO DE LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA (GPC)

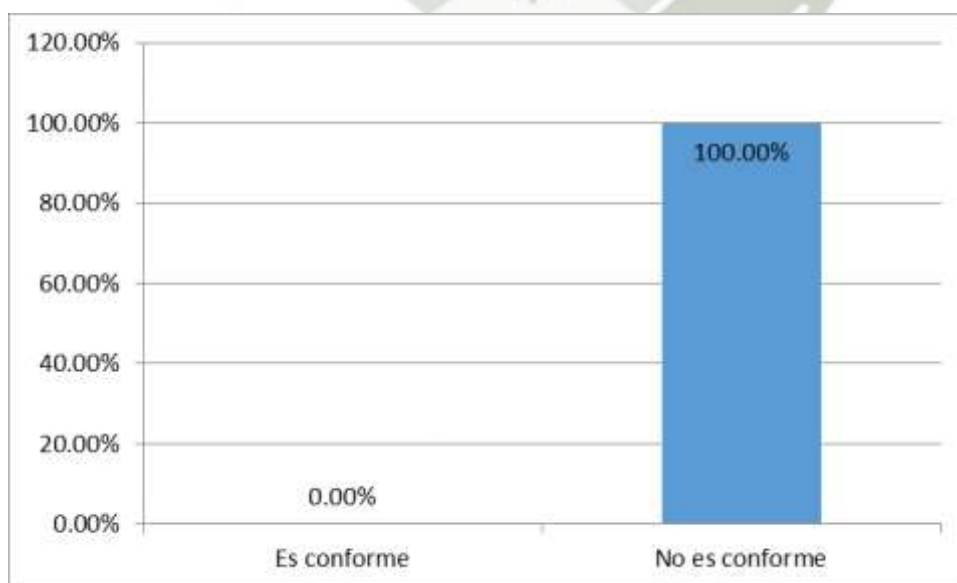
Área	Cumplimiento*
Dirección y administración	0
Consulta externa	NA
Emergencia	NA
Patología clínica	NA
Anat. Patológica	NA
Farmacia	NA
C. esterilización	NA
Ítems	1
Conformes	0
Cumplimiento	0.00%
Valoración	Alto riesgo

* (NA) No aplica (0) No cumple

Fuente: Instrumento aplicado por la autora.UCSM-2016

GRÁFICA N° 16

II.5 EVALUACIÓN DE ADHERENCIA AL USO DE LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA (GPC)



Fuente: Elaboración personal

En la tabla y gráfica que anteceden, se observa que no se realiza la evaluación de la adherencia al uso de las Guías de Práctica Clínica, lo que corresponde al 0.0% de cumplimiento y a un alto riesgo de seguridad y a las buenas prácticas en la atención del paciente.



TABLA N° 17

II.6 REALIZACIÓN DE AUDITORÍAS DE CASO

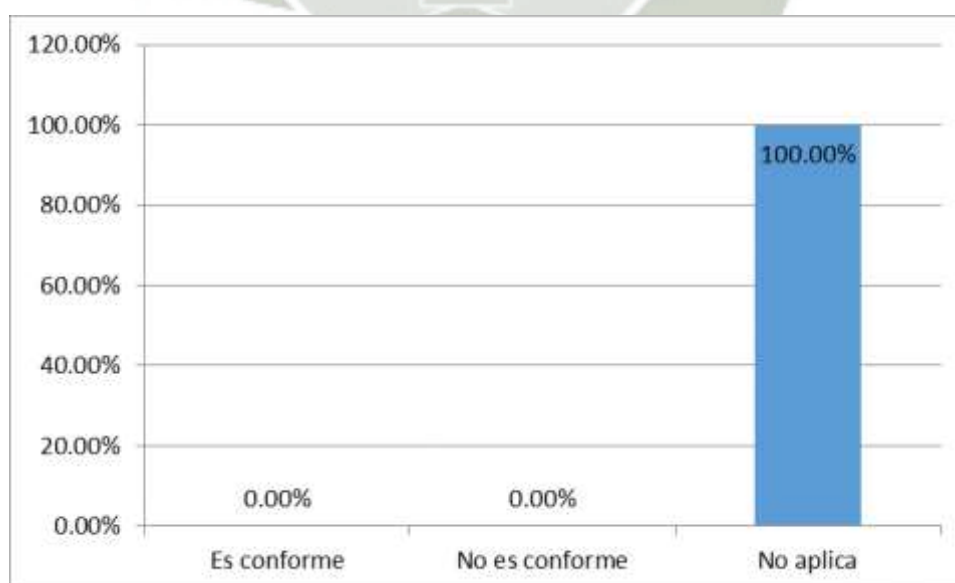
Área	Cumplimiento*
Dirección y administración	NA
Consulta externa	NA
Emergencia	NA
Patología clínica	NA
Anat. Patológica	NA
Farmacia	NA
C. esterilización	NA
Ítems	0
Conformes	0
Cumplimiento	No aplica
Valoración	No aplica

* (NA) No aplica

Fuente: Instrumento aplicado por la autora.UCSM-2016

GRÁFICA N° 17

II.6 REALIZACIÓN DE AUDITORÍAS DE CASO



Fuente: Elaboración personal

En la tabla y gráfica que anteceden, se observa que el ítem de realización de auditoría de caso, no aplica debido a que las auditorías de caso son realizadas únicamente por la Red de Salud a la que pertenece el Puesto de Salud.

Cabe mencionar, que los comités de auditoría de la calidad del registro de la historia clínica tienen potestad de realizar auditorías de caso ante la solicitud de la Red de Salud.

En el periodo del estudio, el Comité de auditoría de la calidad del registro de la historia clínica de la Red no realizó ninguna auditoría de caso en el Puesto de Salud Bahía Blanca, tampoco en otros establecimientos.



TABLA N° 18

II.7 EJECUCIÓN DE PROYECTOS DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD

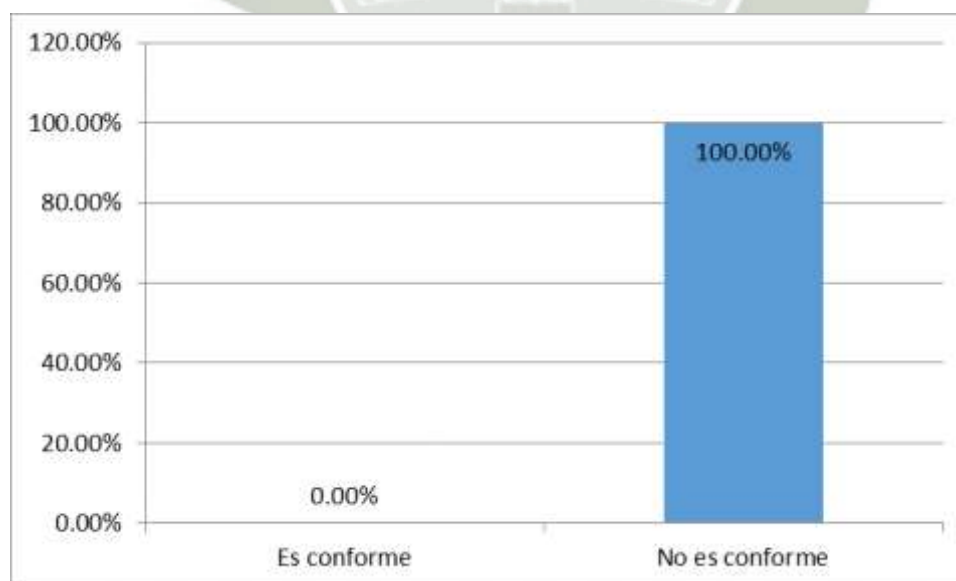
Área	Cumplimiento*
Dirección y administración	0
Consulta externa	NA
Emergencia	NA
Patología clínica	NA
Anat. Patológica	NA
Farmacia	NA
C. esterilización	NA
Ítems	1
Conformes	0
Cumplimiento	0.00%
Valoración	Alto riesgo

* (NA) No aplica (0) No cumple

Fuente: Instrumento aplicado por la autora.UCSM-2016

GRÁFICA N° 18

II.7 EJECUCIÓN DE PROYECTOS DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD



Fuente: Elaboración personal

En la tabla y gráfica que anteceden, se observa que no se cumple la propuesta, implementación ni seguimiento de proyectos de mejora continua de la calidad basada en el análisis de los resultados de las auditorías o de otros estudios que identifiquen la problemática a ser resuelta. Esto corresponde al 0.0% de cumplimiento y por lo tanto a un alto riesgo para la gestión de la calidad del Puesto de Salud, dado que lo que no se mide , no se puede cambiar, lo que no cambia no mejora y los problemas continúan y/o empeoran y cada vez son más difíciles de solucionar.



TABLA N° 19

**VALORACIÓN DEL COMPONENTE DE GARANTÍA DE CALIDAD DE LA
ATENCIÓN EN LA GESTIÓN DE CALIDAD DEL PUESTO DE SALUD
BAHÍA BLANCA, SEGÚN ÁREA**

Ítem	Dirección y Administ.	Consulta externa	Emer- gencia	Patología clínica	A. Pato- lógica	Farma- cia	C. ester- lización
II.1	0	NA	NA	NA	NA	NA	NA
II.2	1	NA	NA	NA	NA	NA	NA
II.3	1	NA	NA	NA	NA	NA	NA
II.4	1	NA	NA	NA	NA	NA	NA
II.5	0	NA	NA	NA	NA	NA	NA
II.6	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
II.7	0	NA	NA	NA	NA	NA	NA
Ítems	6	0	0	0	0	0	0
Conformes	3	0	0	0	0	0	0
Cumplimiento	50%	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica
Valoración RIESGO	Alto	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica

* (NA) No aplica (0) No cumple (1) Si cumple
Fuente: Instrumento aplicado por la autora.UCSM-2016

II.1	Cuentan con Plan Anual de Auditoría que incluye la auditoría de historias clínicas para el año en curso.
II.2	Cuentan con Comités de Auditoría de la Calidad de la Atención (central y/o periférico) y se evidencia que se reúnen periódicamente para el desarrollo de sus actividades.
II.3	Reportes de hallazgos de Auditoría de la Calidad del Registro.
II.4	Reportes de hallazgos de Auditoría para Evaluar la Calidad de la Atención a través de la historia clínica.
II.5	Evaluación de Adherencia al Uso de las Guías de Práctica Clínica (GPC).
II.6	Evidencia de realización de Auditorías de Caso.
II.7	Se evidencia la existencia de proyectos de mejora continua de la calidad basados en el análisis de los resultados de las mediciones realizadas.

GRÁFICO N° 19

**VALORACIÓN DEL COMPONENTE DE GARANTÍA DE CALIDAD DE LA
ATENCIÓN EN LA GESTIÓN DE CALIDAD DEL PUESTO DE SALUD
BAHÍA BLANCA SEGÚN ÁREA**



Fuente: Elaboración personal

En la tabla N° 19, que se presenta en la página anterior, se observan que los componentes de la garantía de calidad en el Puesto de Salud Bahía Blanca; sólo fueron aplicables para el área de Dirección y Administración.

De los seis ítems evaluados, se cumplió adecuadamente el 50%, en los ítems II.2 al II. 4: sí cuentan con Comités de auditoría de la calidad de la atención con reuniones periódicas, hacen reportes de hallazgos de auditoría de la calidad del registro, y elaboran reportes de hallazgos de auditoría para evaluar la calidad de la atención a través de la historia clínica.

El incumplimiento de los ítems presentados por encima del 80% representa un alto riesgo para la calidad de la gestión.



3. PROTECCIÓN AL ASEGURADO

TABLA N° 20

III. 1 IMPLEMENTACIÓN DE MECANISMO QUE PERMITEN RECOGER LAS SUGERENCIAS, QUEJAS Y RECLAMOS

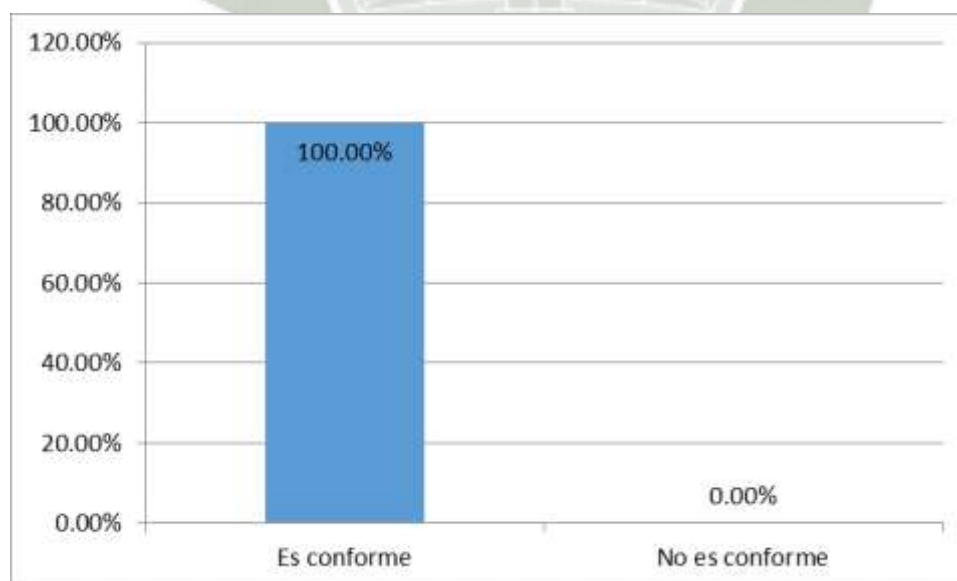
Área	Cumplimiento*
Dirección y administración	1
Consulta externa	NA
Emergencia	NA
Patología clínica	NA
Anat. Patológica	NA
Farmacia	NA
C. esterilización	NA
Ítems	1
Conformes	1
Cumplimiento	100.00%
Valoración	Bajo riesgo

* (NA) No aplica (1) Si cumple

Fuente: Instrumento aplicado por la autora.UCSM-2016

GRÁFICA N° 20

III.1 IMPLEMENTACIÓN DE MECANISMO QUE PERMITEN RECOGER LAS SUGERENCIAS, QUEJAS Y RECLAMOS



Fuente: Elaboración personal

En la tabla y gráfica que anteceden, se observa que en la evaluación del ítem III.1 se cumplen al 100% las actividades de recojo de sugerencias quejas y reclamos en el área de Dirección y Administración.

También se ha verificado que permanentemente se analizan estos datos y se proponen soluciones.



TABLA N° 21

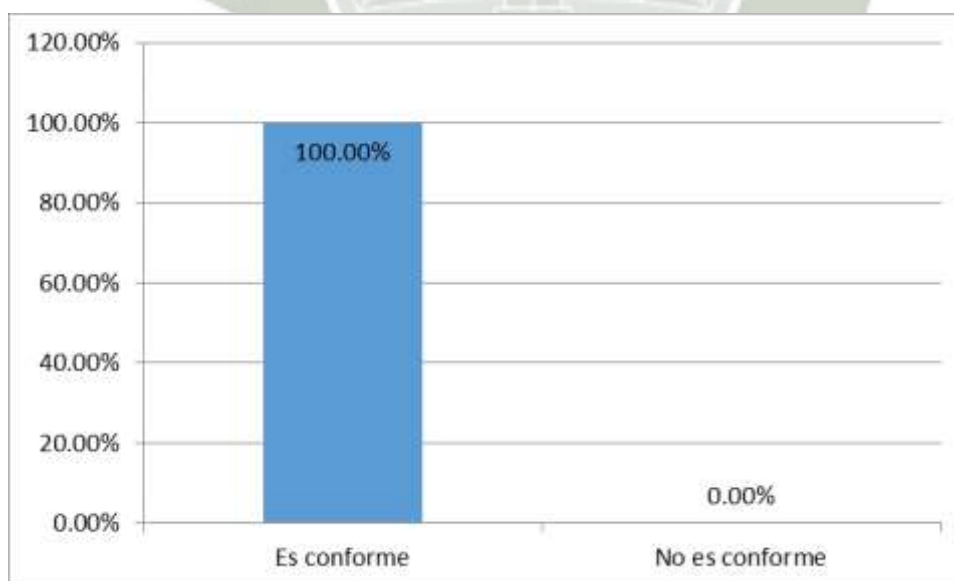
III. 2 USO DE LIBRO DE RECLAMACIONES FÍSICO O VIRTUAL

Área	Cumplimiento*
Dirección y administración	1
Consulta externa	NA
Emergencia	NA
Patología clínica	NA
Anat. Patológica	NA
Farmacia	NA
C. esterilización	NA
Ítems	1
Conformes	1
Cumplimiento	100.00%
Valoración	Bajo riesgo

* (NA) No aplica (0) No cumple (1) Si cumple
Fuente: Instrumento aplicado por la autora.UCSM-2016

GRÁFICA N° 21

III.2 USO DE LIBRO DE RECLAMACIONES FÍSICO O VIRTUAL



Fuente: Elaboración personal

En la tabla y gráfica que anteceden, se observa que en el Puesto de Salud Bahía Blanca, sujeto de estudio, cuenta con un Libro de Reclamaciones físico, ubicado en un lugar visible y de fácil acceso al público usuario, este ítem confiere un bajo riesgo dado que la existencia de un sistema de recojo de quejas y reclamos, asegura que el paciente puede expresar las causas de su malestar con la calidad de atención y éstas podrán ser atendidas y analizadas individualmente a fin de ser mejoradas.

Según la nueva reglamentación para recojo de quejas y reclamos se debe registrar la queja en una Ficha de Reclamo en Salud, que viene siendo implementada de manera gradual por SUSALUD a nivel nacional.



TABLA N° 22

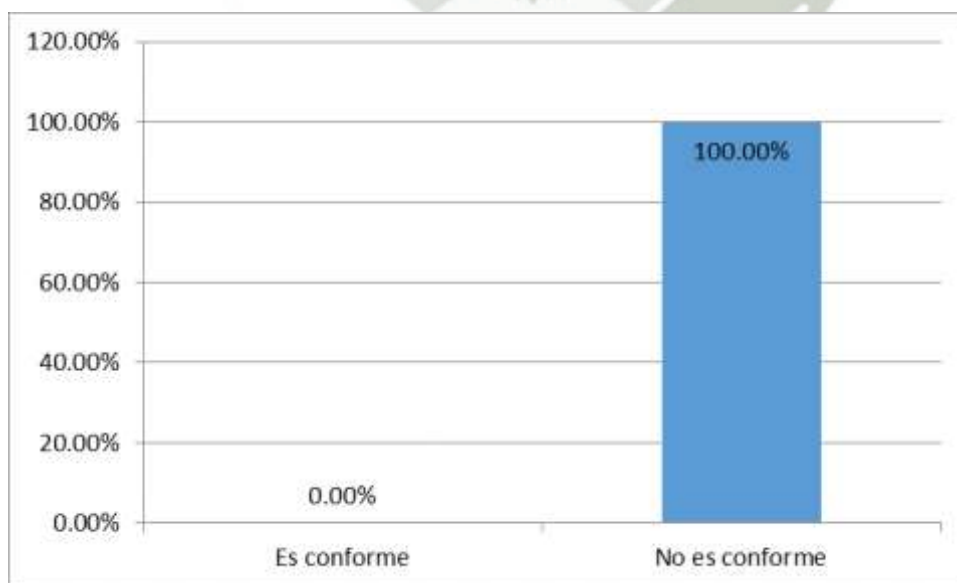
III. 3 SOCIALIZACIÓN AL USUARIO DEL PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN DE RECLAMOS Y QUEJAS

Área	Cumplimiento*
Dirección y administración	0
Consulta externa	NA
Emergencia	NA
Patología clínica	NA
Anat. Patológica	NA
Farmacia	NA
C. esterilización	NA
Ítems	1
Conformes	0
Cumplimiento	0.00%
Valoración	Alto riesgo

* (NA) No aplica (0) No cumple (1) Si cumple
Fuente: Instrumento aplicado por la autora.UCSM-2016

GRÁFICA N° 22

III.3 SOCIALIZACIÓN AL USUARIO DEL PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN DE RECLAMOS Y QUEJAS



Fuente: Elaboración personal

En la tabla y gráfica que anteceden, se observa que si bien, existe un flujo de procedimientos a seguir para llevar a cabo el proceso de reclamos y quejas en el Puesto de Salud; éste no ha sido plasmado de manera gráfica en un flujograma y por tanto no puede ser socializados a los usuarios.

El no contar con un flujograma que oriente al usuario en el procedimiento de reclamos y quejas y que se encuentre en lugar visible y sea de fácil comprensión, representa alto riesgo para la protección de los derechos del paciente con cobertura prestacional.



TABLA N° 23

III. 4 CUENTA CON PERSONAL RESPONSABLE QUE CLASIFIQUE LOS RECLAMOS Y QUEJAS

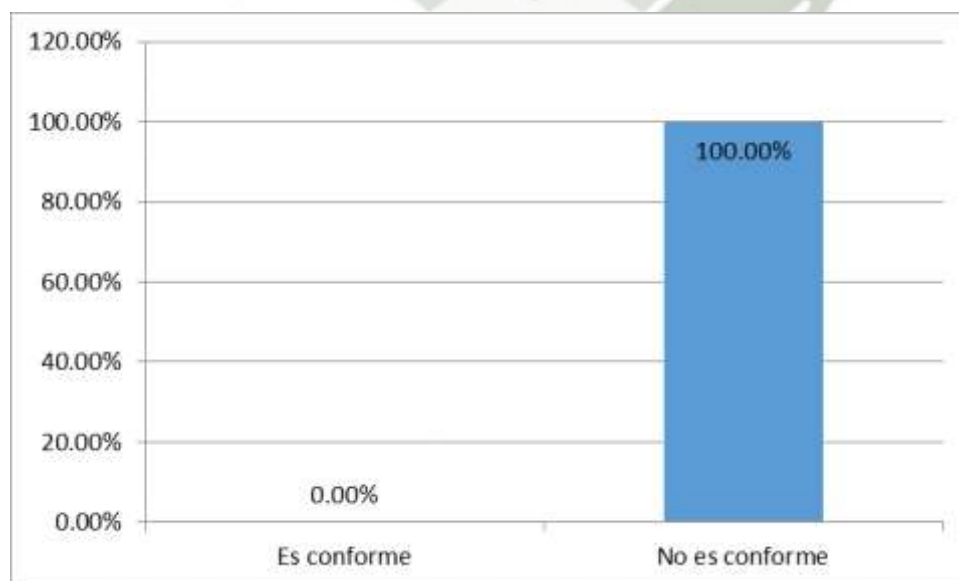
Área	Cumplimiento*
Dirección y administración	0
Consulta externa	NA
Emergencia	NA
Patología clínica	NA
Anat. Patológica	NA
Farmacia	NA
C. esterilización	NA
Ítems	1
Conformes	0
Cumplimiento	0.00%
Valoración	Alto riesgo

* (NA) No aplica (0) No cumple (1) Si cumple

Fuente: Instrumento aplicado por la autora.UCSM-2016

GRÁFICA N° 23

III.4 CUENTA CON PERSONAL RESPONSABLE QUE CLASIFIQUE LOS RECLAMOS Y QUEJAS



Fuente: Elaboración personal

En la tabla y gráfica que anteceden, se identifica que en el área de la Dirección y Administración se debe contar con personal que cumpla la función de clasificación de las quejas y reclamos; esto con la finalidad de conocer las causas más frecuentes y plantear alternativas de solución puntuales inmediatas y mediatas.

En el Puesto de Salud Bahía Blanca, el personal responsable del llevar a cabo el proceso de recolección de quejas y reclamos no los clasifica según la naturaleza de las mismas y de acuerdo a norma establecida, representando un riesgo alto en la protección del usuario.



TABLA N° 24

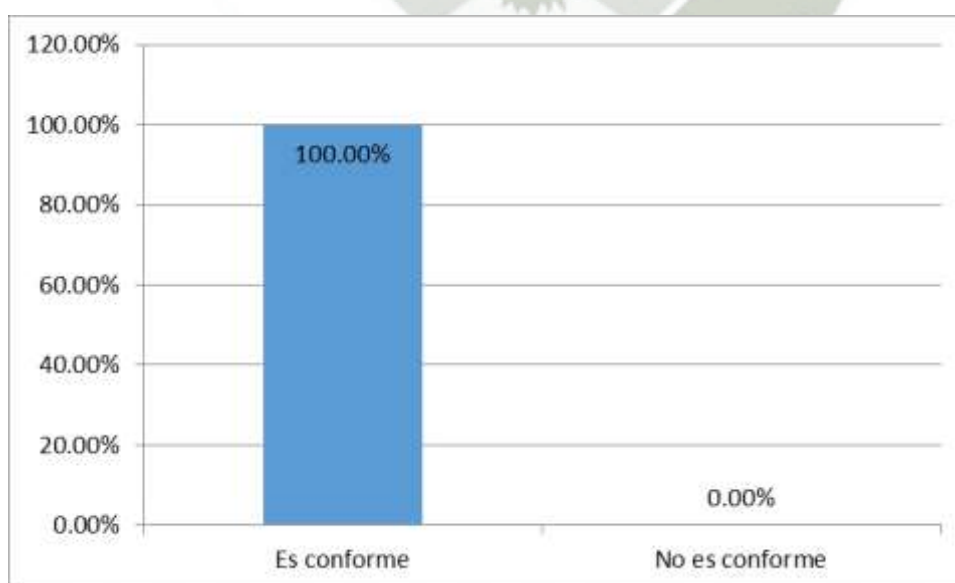
III. 5 SOLUCIONA Y REPORTA CASOS A LAS IAFAS RESPECTIVAS, EN MENOS DE 3 MESES

Área	Cumplimiento*
Dirección y administración	1
Consulta externa	NA
Emergencia	NA
Patología clínica	NA
Anat. Patológica	NA
Farmacia	NA
C. esterilización	NA
Ítems	1
Conformes	1
Cumplimiento	100.00%
Valoración	Bajo riesgo

* (NA) No aplica (0) No cumple (1) Si cumple
Fuente: Instrumento aplicado por la autora.UCSM-2016

GRÁFICA N° 24

III.5 SOLUCIONA Y REPORTA CASOS A LAS IAFAS RESPECTIVAS, EN MENOS DE 3 MESES



Fuente: Elaboración personal

En la tabla y gráfica que anteceden, se evidencia que los casos de reclamos y quejas, solucionados en los últimos 3 meses han sido reportados a la IAFAS respectiva, conforme a norma. Este es un ítem que representa bajo riesgo en la protección de los derechos de los usuarios que tienen cobertura financiera en las prestaciones de salud recibidas en el Puesto de Salud.



TABLA N° 25

III. 6 CUENTA CON ARCHIVO DE LOS RECLAMOS PRESENTADOS Y RESPUESTA DENTRO DE LOS PLAZOS ESTABLECIDOS

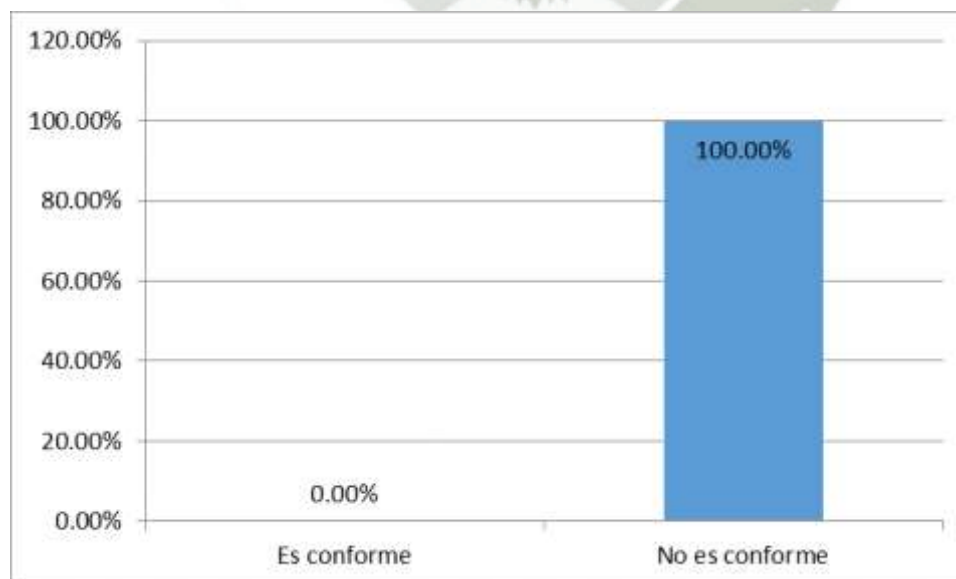
Área	Cumplimiento*
Dirección y administración	0
Consulta externa	NA
Emergencia	NA
Patología clínica	NA
Anat. Patológica	NA
Farmacia	NA
C. esterilización	NA
Ítems	1
Conformes	0
Cumplimiento	0.00%
Valoración	Alto riesgo

* (NA) No aplica (0) No cumple (1) Si cumple

Fuente: Instrumento aplicado por la autora.UCSM-2016

GRÁFICA N° 25

III.6 CUENTA CON ARCHIVO DE LOS RECLAMOS PRESENTADOS Y RESPUESTA DENTRO DE LOS PLAZOS ESTABLECIDOS



Fuente: Elaboración personal

En la tabla y gráfica que anteceden, se observa que no se cumplió con archivar los reclamos presentados por legajos, teniendo un archivo común por todos los reclamos y quejas, dificultando la supervisión y evaluación de cada expediente de manera individual. Esto representa un alto riesgo en la protección de los derechos de los usuarios.



TABLA N° 26

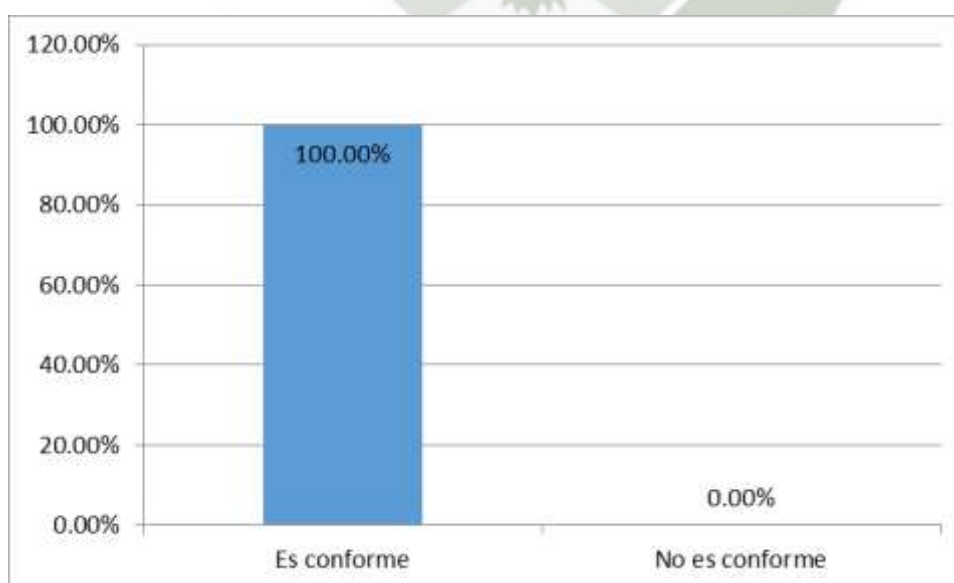
III. 7 EVALÚA LA CALIDAD DEL SERVICIO A TRAVÉS DE LA MEDICIÓN DEL NIVEL DE SATISFACCIÓN DEL ASEGURADO

Área	Cumplimiento*
Dirección y administración	1
Consulta externa	NA
Emergencia	NA
Patología clínica	NA
Anat. Patológica	NA
Farmacia	NA
C. esterilización	NA
Ítems	1
Conformes	1
Cumplimiento	100.00%
Valoración	Bajo riesgo

* (NA) No aplica (0) No cumple (1) Si cumple
Fuente: Instrumento aplicado por la autora.UCSM-2016

GRÁFICA N° 26

III.7 EVALÚA LA CALIDAD DEL SERVICIO A TRAVÉS DE LA MEDICIÓN DEL NIVEL DE SATISFACCIÓN DEL ASEGURADO



Fuente: Elaboración personal

En la tabla y gráfica que anteceden, se observa que si se realiza la evaluación de la calidad del servicio a través de la medición del nivel de satisfacción del asegurado. Esto debido a que anualmente se realiza la encuesta de satisfacción del usuario según la normatividad vigente y el plan de gestión de calidad del Puesto de Salud.

El cumplimiento del 100% actividades de evaluación de la satisfacción del usuario, representa un bajo riesgo para la calidad de la gestión.



TABLA N° 27

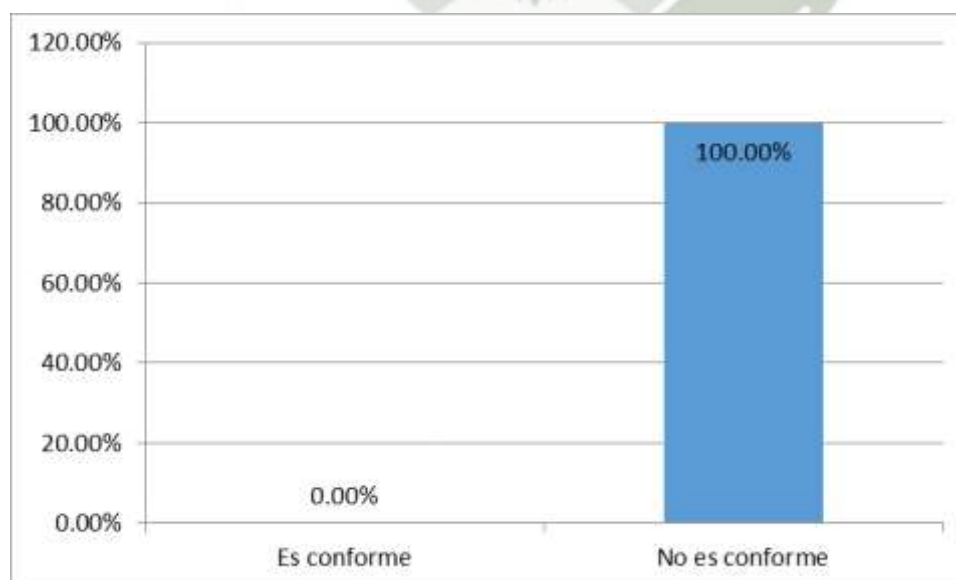
III. 8 ANALIZA LOS RESULTADOS DE LAS ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN E IMPLEMENTACIÓN DE MEDIDAS CORRECTIVAS QUE RESULTEN NECESARIAS

Área	Cumplimiento*
Dirección y administración	0
Consulta externa	NA
Emergencia	NA
Patología clínica	NA
Anat. Patológica	NA
Farmacia	NA
C. esterilización	NA
Ítems	1
Conformes	0
Cumplimiento	0.00%
Valoración	Alto riesgo

* (NA) No aplica (0) No cumple (1) Si cumple
Fuente: Instrumento aplicado por la autora.UCSM-2016

GRÁFICA N° 27

III.8 ANALIZA LOS RESULTADOS DE LAS ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN E IMPLEMENTACIÓN DE MEDIDAS CORRECTIVAS QUE RESULTEN NECESARIAS



Fuente: Elaboración personal

En la tabla y gráfica que anteceden, se aprecia que el área de Dirección y Administración no cumple con analizar los resultados de las encuestas de satisfacción.

A pesar que se aplican encuestas de satisfacción, no existe un posterior análisis de resultados y no se implementan las medidas correctivas que resulten necesarias, esto representa un alto riesgo para la gestión de calidad del puesto de salud.



TABLA N° 28

**VALORACIÓN DEL COMPONENTE DE PROTECCIÓN AL ASEGURADO
EN LA GESTIÓN DE CALIDAD DEL PUESTO DE SALUD BAHÍA
BLANCA, SEGÚN ÁREA**

Ítem	Dirección y Administ.	Consulta externa	Emer- gencia	Patología clínica	A. Pato- lógica	Farma- cia	C. ester- lización
III.1	1	NA	NA	NA	NA	NA	NA
III.2	1	NA	NA	NA	NA	NA	NA
III.3	0	NA	NA	NA	NA	NA	NA
III.4	0	NA	NA	NA	NA	NA	NA
III.5	1	NA	NA	NA	NA	NA	NA
III.6	0	NA	NA	NA	NA	NA	NA
III.7	1	NA	NA	NA	NA	NA	NA
III.8	0	NA	NA	NA	NA	NA	NA
Ítems	8	0	0	0	0	0	0
Conformes	4	0	0	0	0	0	0
Cumplim.	50.0%	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica
Valoración RIESGO	Alto	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica

* (NA) No aplica (0) No cumple (1) Si cumple
Fuente: Instrumento aplicado por la autora.UCSM-2016

III.1	El establecimiento cuenta con mecanismos que permiten recoger las sugerencias, quejas y reclamos de los usuarios, así como verificar su permanente evaluación y solución.
III.2	Cuenta con un Libro de Reclamaciones físico o virtual, ubicado en un lugar visible y de fácil acceso al público usuario.
III.3	Figura en lugar visible para los usuarios el procedimiento de atención de reclamos y quejas.
III.4	El personal responsable clasifica los reclamos y quejas conforme a la naturaleza de las mismas y a norma establecida.
III.5	Los casos solucionados de hace 3 meses han sido reportados a la IAFAS respectiva, conforme a norma.
III.6	Archivo de los reclamos presentados (considerando su gestión) y respuesta dentro de los plazos establecidos.
III.7	Se evalúa la calidad del servicio a través de la medición del nivel de satisfacción del asegurado.
III.8	Análisis de resultados de las encuestas de satisfacción e implementación de medidas correctivas que resulten necesarias.

GRÁFICO N° 28

**VALORACIÓN DEL COMPONENTE DE PROTECCIÓN AL ASEGURADO
EN LA GESTIÓN DE CALIDAD DEL PUESTO DE SALUD BAHÍA BLANCA
SEGÚN ÁREA**



Fuente: Elaboración persona

En la tabla y gráfica que anteceden, en cuanto al componente de Protección al asegurado, se muestra que los hallazgos de la evaluación; sólo son aplicables al área de Dirección y Administración.

Del total de ítems no se cumplieron el 50.0%, en los siguientes: ítem 3, no tienen un flujograma del procedimiento de atención de reclamos y quejas; ítem 4: el personal responsable no clasifica los reclamos y quejas conforme a la naturaleza de las mismas y la norma establecida; ítem 6, no cuenta con archivo por legajos personales, y el ítem 8; no se hace análisis de resultados de las encuestas de satisfacción e implementación de medidas correctivas que resulten necesarias.



4. VALORACIÓN GLOBAL DE LA GESTIÓN DE CALIDAD

TABLA N° 29

**VALORACIÓN GLOBAL DE LA GESTIÓN DE CALIDAD DEL PUESTO DE
SALUD BAHÍA BLANCA SEGÚN ÁREA**

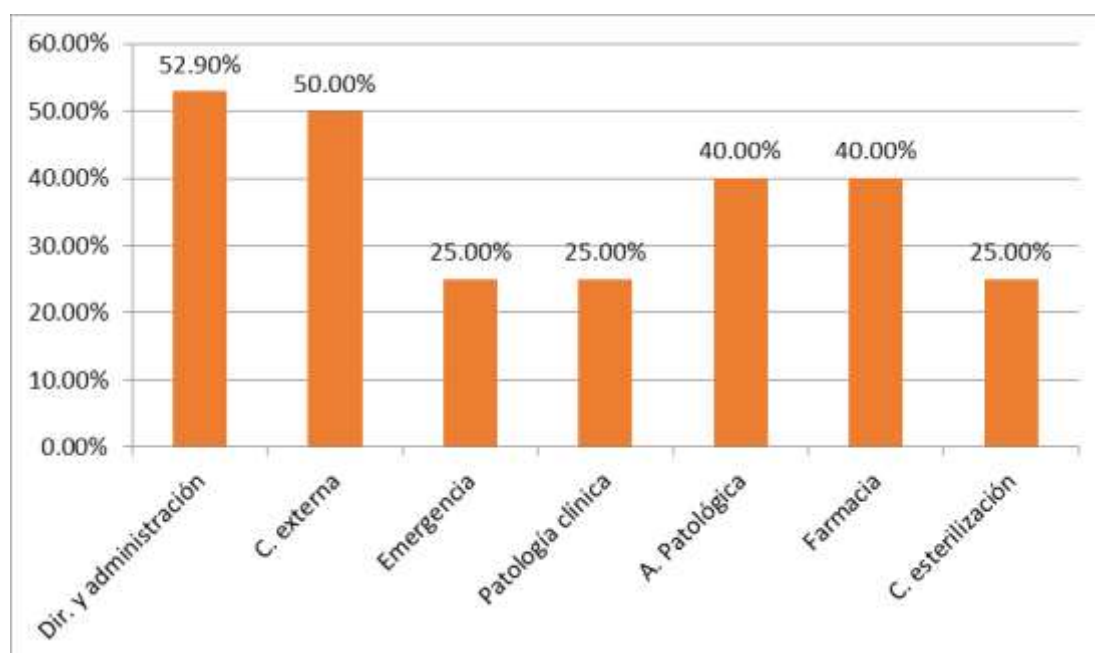
Ítem	Dirección y Administ.	Consulta externa	Emer- gencia	Patología clínica	A. Pato- lógica	Farma- cia	C. esteri- lización
I.1	1	1	1	1	1	0	1
I.2	0	1	0	0	0	1	0
I.3	1	0	0	0	0	0	0
I.4	NA	NA	NA	NA	1	NA	NA
I.5	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
I.6	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
I.7	NA	1	NA	NA	NA	NA	NA
I.8	NA	0	0	0	0	0	0
I.9	NA	NA	NA	NA	NA	1	NA
I.10	NA	0	NA	NA	NA	NA	NA
II.1	2	NA	NA	NA	NA	NA	NA
II.2	1	NA	NA	NA	NA	NA	NA
II.3	1	NA	NA	NA	NA	NA	NA
II.4	1	NA	NA	NA	NA	NA	NA
II.5	2	NA	NA	NA	NA	NA	NA
II.6	3	NA	NA	NA	NA	NA	NA
II.7	2	NA	NA	NA	NA	NA	NA
III.1	1	NA	NA	NA	NA	NA	NA
III.2	1	NA	NA	NA	NA	NA	NA
III.3	2	NA	NA	NA	NA	NA	NA
III.4	2	NA	NA	NA	NA	NA	NA
III.5	1	NA	NA	NA	NA	NA	NA
III.6	2	NA	NA	NA	NA	NA	NA
III.7	1	NA	NA	NA	NA	NA	NA
III.8	2	NA	NA	NA	NA	NA	NA
Ítems	17	6	4	4	5	5	4
Conformes	9	3	1	1	2	2	1
Cumplimiento	52.90%	50.00%	25.00%	25.00%	40.00%	40.00%	25.00%
Valoración RIESGO	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto

* (NA) No aplica (0) No cumple (1) Si cumple

Fuente: Instrumento aplicado por la autora.UCSM-2016

GRÁFICO N° 29

**VALORACIÓN GLOBAL DE LA GESTIÓN DE CALIDAD DEL PUESTO DE
SALUD BAHÍA BLANCA SEGÚN, ÁREA**



Fuente: Elaboración personal

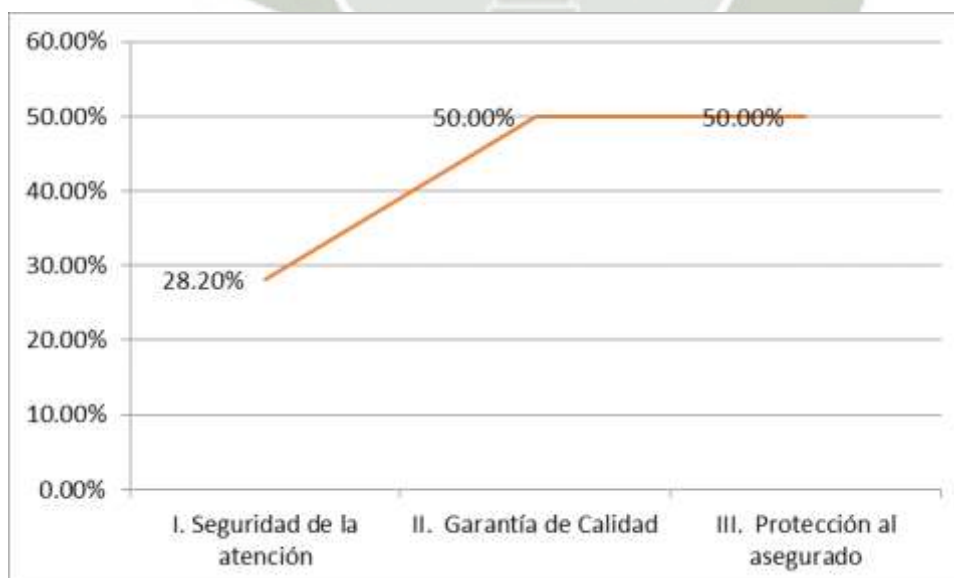
La Tabla N° 29, en la página anterior, muestra la evaluación global de la gestión de calidad.

Se encontró que el cumplimiento en Dirección y administración es de 52.9%, de 50.0% en Consulta externa, 25.0% en Emergencia, Patología clínica y Centro de esterilización; y de 40% en Anatomía patológica y en Farmacia.

TABLA N° 30
**VALORACIÓN GLOBAL DE LA GESTIÓN DE CALIDAD DEL PUESTO DE
SALUD BAHÍA BLANCA, SEGÚN COMPONENTE**

	COMPONENTE		
	I. Seguridad de la atención	II. Garantía de Calidad	III. Protección al asegurado
Ítems	31	6	8
Conformes	11	3	4
Cumplim.	28.20%	50.00%	50.00%
Valoración	Alto riesgo	Alto riesgo	Alto riesgo

Fuente: Instrumento aplicado por la autora.UCSM-2016

GRÁFICO N° 30
**VALORACIÓN GLOBAL DE LA GESTIÓN DE CALIDAD DEL PUESTO DE
SALUD BAHÍA BLANCA POR COMPONENTE**


Fuente: Elaboración personal

En la tabla y gráfica que anteceden, según la valoración global de la gestión de calidad, se observa que en el componente de Seguridad de la atención son conformes solo el 28.2% de los ítems, en la Garantía de calidad y Protección del asegurado el 50.0% de los ítems son conformes, esta valoración se traduce en una gestión de calidad de alto riesgo para los 3 componentes.



5. DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

Un sistema de gestión de calidad “constituye un conjunto de acciones planificadas y sistemáticas necesarias para proporcionar la confianza en que un producto o servicio satisfará las exigencia del cliente”⁴

Se debe entender a la gestión de calidad como un conjunto de rutas a través de las que se adquiere calidad; integrándola al proceso de gestión.

Bajo este concepto, a nivel nacional los establecimientos de salud vienen implementando sistemas de gestión de calidad no solo con la aspiración a la mejora de la capacidad institucional, sino sobre todo porque en el eje de todos los procesos se encuentra la vida de las personas, cuya salud debe ser promovida y protegida como obligación insoslayable.

Por ejemplo, algunas clínicas privadas se encuentran implementado el Sistema de Gestión de la Calidad, como herramienta que contribuirá a fortalecer los procesos de mejora continua de la calidad de atención en sus servicios, para el logro de la meta más esperada: "La satisfacción de usuarios y clientes". Con miras de alcanzar la Certificación en la Norma ISO 9001:2008 la cual respaldará el compromiso y enfoque de la calidad instaurado para el cumplimiento de la legislación vigente, así como de estándares cada vez más altos en calidad en salud⁵.

⁴ Alvarez Ivarola José María (2006): Introducción a la calidad aproximación a los sistemas de gestión y herramientas de calidad. Editorial Ideaspropias P 23,24 España

⁵ Clínica Arequipa (2016). Programa de Calidad de la Clínica Arequipa. <http://www.clinicarequipa.com.pe/sig.php>

La implementación de un Sistema de Gestión de Calidad permitirá establecer los principios, normas, metodologías y procesos orientados a la mejora de la calidad, a través de la medición de la eficiencia y eficacia en los servicios prestados, llevando a cabo el seguimiento de las actividades y posterior mejoramiento, a través de indicadores que demuestren la adherencia a los parámetros de calidad establecidos.

Según la Resolución de Superintendencia N° 007-2015-SUSALUD/S de Marzo del 2015 se aprobó un nuevo Instrumento de Supervisión Selectiva de IPRESS aplicable a las Unidades Productoras de Servicios de Salud Primer Nivel de Atención de las IPRESS públicas y privadas cuya aplicación es en todo el territorio nacional y con un enfoque de riesgo.⁶

En este sentido, resulta importante medir los principales componentes de la gestión de calidad en un IPRESS público del primer nivel de atención y aplicando el enfoque de riesgo, pues esto dirigirá los esfuerzos de mejora hacia aquellas áreas y componentes que resulten en alto riesgo, para mejorar la atención directa e indirecta en salud al paciente.

Al evaluar el **Componente de Seguridad**, el estudio evidenció, que la Dirección y administración del Puesto de Salud Bahía Blanca; cumplió con el 66.6% de ítems, el 50.0% en Consulta externa, 25.0% en Emergencia y Patología clínica, 40.0% en Anatomía patológica, así como 25.0% en Centro

⁶ SUSALUD. (2015). RESOLUCIÓN DE SUPERINTENDENCIA N° 007-2015-SUSALUD/S Instrumento de Supervisión Selectiva de IPRESS aplicable a las Unidades Productoras de Servicios de Salud Primer Nivel de Atención de las IPRESS públicas y privadas, artículo 1°.- aplicable en todo el territorio nacional.

de esterilización, esto hace que la seguridad de la atención en el Puesto de Salud se considere como de alto riesgo.

Según **Herrera Pérez Miguel Ángel**, en su investigación titulada **“Calidad de la gerencia de servicios de salud en el primer nivel de la Red Asistencial de Essalud, Arequipa, 2014”**; en el 89% de las postas médicas, la función de planificación para la seguridad del paciente cumple con estándares positivos siendo la calidad gerencial medianamente satisfactoria, en el 94% de postas médicas la función de organización cumplió con los estándares positivos siendo una calidad de la seguridad del paciente medianamente satisfactoria y satisfactoria, en el 100% de postas médicas la función de dirección cumplió con los estándares positivos siendo una calidad gerencial en seguridad del paciente medianamente satisfactoria y satisfactoria.⁷

Los resultados de ambos estudios tratan acerca de la evaluación de la seguridad del paciente; sin embargo en el estudio de Herrera sólo se considera la satisfacción del usuario con la calidad de las funciones gerenciales, más no se evalúa como es realmente el macroproceso de “seguridad del paciente” en cada una de las áreas del establecimiento de salud. Tampoco tiene enfoque de riesgo, ni centra sus componentes en la calidad de la atención. En este sentido la metodología aplicada en la presente investigación resulta de gran utilidad para identificar en qué áreas existe mayor riesgo en la seguridad del paciente y en qué actividades

⁷ Herrera Perez Miguel Angel. (2014). Calidad de la gerencia de servicios de salud en el primer nivel de la Red Asistencial de Essalud, Arequipa. Tesis para optar el Grado de Magister en Gerencia.

específicas permitiendo que las propuestas de mejora sean implementadas de manera puntual en aquellos problemas identificados.

López Valencia Diana Milena, Ríos Villegas Sandra Milena, Vélez Escobar, en su investigación titulada “Seguridad del Paciente en la Prestación de Servicios de Salud de Primer Nivel de Atención, Medellín 2008” también revisó las condiciones de seguridad relacionadas con la atención en salud a los pacientes de las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) de primer nivel de complejidad. Los resultados obtenidos señalaron que la seguridad del paciente en Colombia va de la mano con el sistema de garantía de la calidad en salud incentivado por políticas internacionales que definen los lineamientos en la unificación de criterios de procesos y procedimientos en la práctica clínica.⁸

En el contexto que se desarrolla la investigación de López, los resultados del presente estudio son similares pues se identifica claramente que la garantía de calidad influye y es influenciada por la seguridad del paciente y son codependientes y directamente proporcionales. Así, la calidad, incluyendo la seguridad del paciente, es una cualidad de la garantía de calidad, para la consecución de los objetivos nacionales en salud, la mejora de la salud de la población y el futuro sostenible del sistema de atención en salud.⁹

⁸López D.Seguridad del Paciente en la Prestación de Servicios de Salud de Primer Nivel de Atención, Medellín. . Monografía para optar el Título de Auditor en Salud. Medellin, Colombia.Universidad de Antioquia;2008

⁹ 27.a CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA 59.a SESIÓN DEL COMITÉ REGIONAL Washington, D.C. Política y estrategia regional para la garantía de la calidad de la atención sanitaria, incluyendo la seguridad del paciente. (2007) Citado el 29 de Junio del 2016) Disponible en <http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Calidad%20y%20seguridad%20del%20paciente.pdf>

Respecto a la evaluación del Componente **de Garantía de Calidad**, los ítems de evaluación en el Puesto de Salud Bahía Blanca; sólo fueron aplicables para el área de Dirección y administración; de los seis ítems, se cumplió adecuadamente el 50.0%, ya que sí cuentan con Comités de Auditoría de la Calidad de la Atención con reuniones periódicas, hacen reportes de hallazgos de Auditoría de la calidad del registro, y elaboran reportes de hallazgos de auditoría para evaluar la calidad de la atención a través de la historia clínica. Este 50.0% representa una valoración de Alto Riesgo para la calidad de la gestión.

Teniendo en cuenta lo estipulado en la Norma Técnica de Auditoría de la Calidad del Atención en Salud, la propuesta de auditoría en salud parte del supuesto que sin una evaluación permanente del ¿qué se hace? y el ¿cómo se hace? junto a la identificación de la manera como se está atendiendo a las personas, el nivel de calidad y el grado de excelencia con que se viene trabajando; estos procesos no podrán ser conocidos y menos aún mejorados.¹⁰

Contrastando lo encontrado con la investigación de **Guerra Herrera Ana Cristina: “Beneficios resultantes del proceso de acreditación en salud, Argentina, 2013”**; quién encontró que el Sistema Único de Acreditación es un componente del Sistema de Garantía de Calidad, que determina el mejoramiento continuo de la calidad basada en cuatro ejes centrales: seguridad del paciente, humanización de la atención, gestión de la tecnología y enfoque del riesgo que fomenta la satisfacción del usuario y la obtención de mejores resultados de salud confluyendo en el prestigio

¹⁰ NTS 029-MINSA/DGSP v.01. Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de Atención.

institucional.¹¹ Se puede analizar que la garantía de calidad es un factor medido a nivel mundial y cuyo enfoque es principalmente de riesgo y busca la calidad de la atención al paciente, por ello el estudio de este componente en dicha investigación es similar al encontrado en el presente estudio.

De esta forma, se puede asegurar que la garantía de la calidad evaluada a través de la implementación de auditorías, su socialización y seguimiento de propuestas, es un proceso que de manera técnica puede lograr cautelar el derecho del paciente (expresado en la Ley General de Salud) de exigir que los servicios que se le prestan para la atención de su salud, cumplan con los estándares de calidad aceptados para los procedimientos y prácticas institucionales y/o profesionales.

Finalmente, en cuanto al componente de **Protección al Asegurado**, en el área de Dirección y administración se cumplió con el 50.0% de los ítems con una valoración de Alto Riesgo, ya que no tienen un flujograma del procedimiento de atención de reclamos y quejas; el personal responsable no clasifica los reclamos y quejas conforme a la naturaleza de las mismas y la norma establecida, no cuenta con archivo por legajos personales y no se realiza análisis de resultados de las encuestas de satisfacción e implementación de medidas correctivas.

Es este sentido, debe reconocerse que los procesos de quejas, reclamos, opiniones y sugerencias forman parte de un Sistema de Información, Educación y Comunicación entre el paciente y el sistema de información

¹¹ Guerra Herrera Ana Cristina. (2013). Beneficios resultantes del proceso de acreditación en salud, Argentina, 2013. Tesis para optar el grado de Magister en Economía de la Salud y Administración de Organizaciones de Salud. Universidad Nacional de la Plata. Argentina.

para la calidad del establecimiento de salud; por lo que es necesario, promover su implementación, operatividad, fortalecimiento y su permanente retroalimentación.¹² Si este sistema no llegara a funcionar de manera óptima se presentarían riesgos en la atención del paciente, pues no se asegura que podrá ejercer libremente sus derechos a la atención de salud con calidad, oportunidad y cobertura financiera.

Por último, se menciona que desde el enfoque de los componentes de la gestión de calidad evaluados, se identifica la importancia de realizar mediciones, con enfoque de riesgo, de la Calidad de Gestión a nivel nacional en las IPRESS públicas del primer nivel de atención para puntualizar los cuellos de botella en los que se intervendrá para mejorar la calidad de atención al usuario.

¹² Hospital regional de Ayacucho. (2014). Reglamento para atención de quejas y reclamos V.02. <http://www.hospitalregionalayacucho.gob.pe/Documents/Plan%20Anual%202015/REGLAMENTO.pdf>

CONCLUSIONES

- **PRIMERA:** La seguridad de atención de los usuarios fue evaluada como de Alto riesgo en el Puesto de Salud Bahía Blanca, alcanzando al 28.20% de cumplimiento de los ítems considerados.
- **SEGUNDA:** La garantía de calidad que se evaluó a través de las actividades realizadas únicamente por el área de Dirección y Administración del Puesto de Salud Bahía Blanca, alcanzó un Alto riesgo, con un 50% de cumplimiento total de los ítems considerados.
- **TERCERA:** La protección del asegurado en el Puesto de Salud Bahía Blanca es de Alto riesgo, alcanzando un cumplimiento total del 50.0% de los ítems evaluados.
- **CUARTA:** Según la valoración global, la gestión de calidad es de alto riesgo para los 3 componentes estudiados, se observa que en el componente de Seguridad de la atención es conforme, sólo el 28.2% de los ítems en la Garantía de calidad y Protección del asegurado el 50.0% de los ítems, son conformes.

SUGERENCIAS

A nivel del Ministerio de Salud

1. Que el Ministerio de Salud realice mayor regulación y rectoría de la gestión de la calidad de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud del primer nivel de atención.
2. Que se fortalezca el rol cedido a SUSALUD para que se continúe evaluando la calidad de atención a través de la metodología de evaluación de riesgo.
3. Que se actualice la política de Gestión de Calidad en Salud incluyendo conceptos actualizados de evaluación y gestión de riesgo, para guardar concordancia con las normas de SUSALUD.
4. Que se gestione financiamiento a través de la cooperación externa para implementar la política de Gestión de Calidad en Salud a nivel nacional.

A nivel de la DIRESA Callao

1. Que la Dirección Regional de Salud del Callao promueva la formación de personal autoevaluador de la gestión de calidad, para que de manera periódica se identifiquen las deficiencias que se presentan en los establecimientos de salud y se puedan proponer soluciones.
2. Que los resultados de la presente investigación sean elevados a la jefatura del Puesto de Salud y a la Red de Salud correspondiente para la solución de los ítems no conformes.
3. Que se cumpla con el cronograma del Plan de mantenimiento biomédico y electromecánico de forma oportuna y eficiente.

4. Que a través de la asesoría técnica y visitas de campo se monitoree permanentemente el cumplimiento del Plan Regional de Gestión de Calidad que contiene al Plan Regional de Auditoría de Calidad en salud.

A nivel de los establecimientos pertenecientes a la Red Ventanilla

1. Que se realice una autoevaluación de la gestión de calidad anual, para que el cumplimiento de los ítems sea de bajo riesgo en todos los establecimientos de la Red.

A nivel del Puesto de Salud

1. Que el Puesto de Salud Bahía Blanca implemente medidas de supervisión de la seguridad de la atención, garantía de calidad y protección al asegurado, aplicando el instrumento establecido por el SUSALUD y empleado en el presente estudio como diagnóstico inicial, para mejorar a corto plazo los aspectos no cumplidos identificados y se socialice y capacite a todo el personal.
2. Que el área de farmacia cumpla con el mantenimiento de las condiciones de conservación idóneas en el almacén de medicamentos programando la compra de parihuelas para el correcto almacenamiento.
3. Que los servicios realicen un Plan de Seguridad del paciente.
4. Que los servicios implementen los registros de accidentes de trabajo del personal.
5. Que se clasifiquen y archiven los reclamos y las quejas en legajos separados.

6. Que se repartan en forma permanente los insumos necesarios para el lavado de manos.
7. Que se mantengan operativos todos los equipos frigoríficos y que su volumen útil para el almacenamiento de vacunas no supere nunca el 50% de la capacidad interna.
8. Que se cumpla con la gestión de calidad en forma permanente y se implemente un Programa de Protección Radiológica para el usuario a fin de garantizar la calidad en el servicio de odontología.
9. Que se implemente un área de atención al asegurado.

A nivel del área de calidad del Puesto de Salud

1. Que se implemente el Plan Anual de Auditoría de Historia Clínicas para el año en curso y se implemente un Plan de Mejora Continua para mejorar la Gestión de Calidad en el nivel primario de atención
2. Que se evalúe la adherencia al uso de las Guías de Práctica Clínica.
3. Que se elabore un flujograma del procedimiento para quejas y reclamos y situarlo en un lugar visible para los usuarios.

A nivel de nuevas investigaciones

1. Que a partir de la presente investigación se replique en otras IPRESS del primer nivel de atención para realizar un análisis comparativo.
2. Que en el plazo de un año, se aplique en el Puesto de Salud Bahía Blanca, la Ficha de observación y Lista de chequeo para la supervisión integral de la acreditación validada para la evaluación de la calidad de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud

(IPRESS) con enfoque de riesgo, para medir el cumplimiento de las recomendaciones realizadas.



PROPUESTA PARA MEJORAR LA GESTIÓN DE CALIDAD DEL PUESTO DE SALUD BAHÍA BLANCA

El Mejoramiento Continuo de la Calidad es una metodología que implica el desarrollo de un proceso permanente y gradual en toda la organización, a partir de los instrumentos de garantía de la calidad, con el fin de cerrar las brechas existentes, alcanzar niveles de mayor competitividad y encaminarse a construir una organización de excelencia.¹³

1. CICLO DE MEJORA CONTINUA O CICLO P-E-V-A.

Paso 1: Planificar

Primero se debe analizar y estudiar el proceso decidiendo que cambios pueden mejorarlo y en qué forma se llevará a cabo.

Paso 2: Ejecutar

A continuación se debe efectuar el cambio y/o las pruebas proyectadas según la planificación que se haya realizado.

Paso 3: Verificar

Una vez realizada la acción e instaurado el cambio, se debe observar y medir los efectos producidos por el cambio realizado

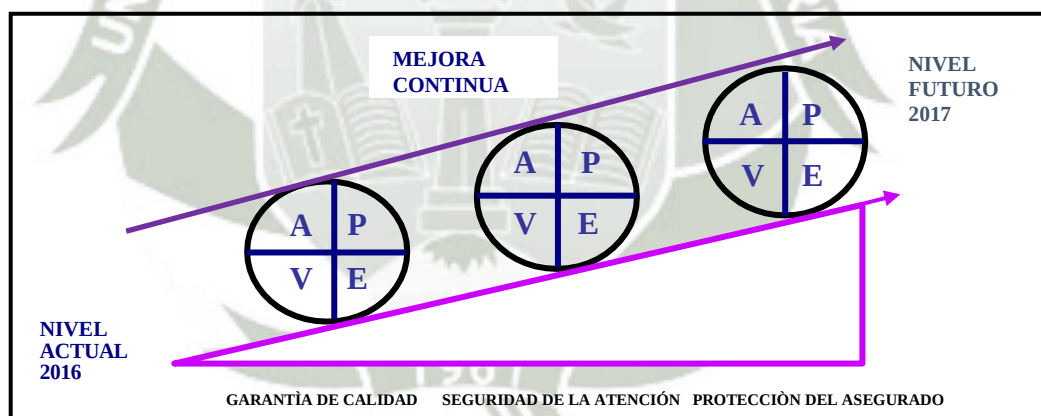
¹³ Ministerio de Salud. Guía Técnica para la Elaboración de Proyectos de Mejora y la aplicación de Técnicas y Herramientas para la Gestión de la Calidad.

al proceso, sin olvidar de comparar las metas proyectadas con los resultados obtenidos.

Paso 4: Actuar

Para terminar el ciclo se deben estudiar los resultados, corregir las desviaciones observada en la verificación y preguntarnos: ¿Qué aprendimos?, ¿Dónde más podemos aplicarlo?, ¿De qué manera puede ser estandarizado? ¿Cómo mantendremos la mejora lograda? ¿Cómo lo extendemos a otras áreas?

Gráfico N° 01: CICLOS DE MEJORA CONTINUA EN EL PUESTO DE
SALUD BAHÍA BLANCA



Fuente: Elaboración propia, basada en la Guía Técnica para la Elaboración de Proyectos de Mejora y la aplicación de Técnicas y Herramientas para la Gestión de la Calidad.

2. PROYECTO DE MEJORA CONTINUA

2.1 COMPONENTES DEL PROYECTO DE MEJORA

2.1.1 Título del proyecto

“Proyecto de mejora continua de la Gestión de Calidad del Puesto De Salud
Bahía Blanca, Microrred Pachacútec, Red Ventanilla, Callao, 2017”

2.1.2 Equipo de mejora

Para la conformación del equipo de mejora se realizó una matriz de análisis de actores.

Actores	Problema Percibido	Intereses De Mandatos	Poder	Interés	Valor
MINSA	Alto riesgo en la gestión de Calidad de establecimientos de salud del primer nivel.	Reducir el riesgo. Mejora continua de la Calidad.	5	2	10
DIRESA CALLAO	Alto riesgo en la gestión de Calidad de establecimientos de salud del primer nivel de su jurisdicción.	No ser sancionado por SUSALUD. Reducir el riesgo. Mejora continua de la Calidad.	5	4	20
Puesto de Salud Bahía Blanca	Gestión de Calidad de Alto riesgo, Evaluación 2016.	No ser sancionado por SUSALUD. Reducir el riesgo. Mejora continua de la Calidad.	4	5	20
Comité de calidad del Puesto de Salud Bahía Blanca	Limitado cumplimiento de sus funciones por actores internos y externos.	Mejora continua de la Calidad.	3	5	15
Usuario	Percepción de baja calidad de los servicios brindados por el Puesto de Salud Bahía	Recibir atención de calidad	1	5	5

	Blanca				
Investigadora	Gestión de Calidad de Alto riesgo del Puesto de Salud Bahía Blanca	Desarrollar un Proyecto de Mejora continua de la Calidad.	3	5	15

2.1.3 Responsables

Después de analizar la matriz de actores se determinó que los actores que tenían mayor valor según su nivel de interés y poder son:

- Dirección Regional de Salud Callao.
- Puesto de Salud Bahía Blanca.
- Área de calidad del Puesto de Salud Bahía Blanca
- Investigadora

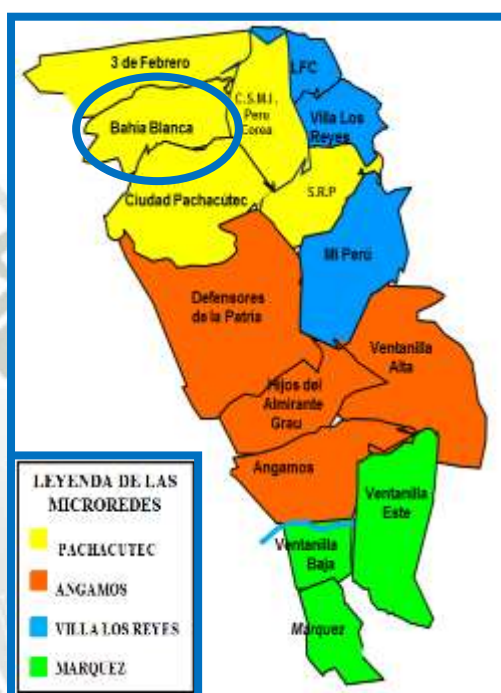
2.1.4 Población Objetivo

El beneficio de la disminución de riesgo de la calidad de la gestión, será en beneficio de la población asignada de 17560 personas pertenecientes a la jurisdicción, debido a que reciban y percibirán un servicio con calidad.

2.1.5 Lugar de ejecución

El Proyecto de Mejora Continua, se ejecutará en el Puesto de Salud I-2 Bahía Blanca perteneciente a la Microred Pachacutec que a su vez pertenece a la Red Ventanilla de la Dirección de Salud de la Región

Callao. Este establecimiento fue creado el 18 de marzo del 2000, cuenta con 16 años de antigüedad como institución Prestadora de Servicios de Salud y fue reconstruido en marzo del 2015, la atención es de dos turnos de 6 horas cada uno.



2.1.6 Duración

El Proyecto de Mejora Continua se desarrollará en los meses de enero a junio 2017, con una duración de 6 meses.

2.1.7 Justificación

El presente proyecto, se justifica porque la Gestión de Calidad del Puesto de Salud Bahía Blanca, mediante la evaluación se calificó como de Alto riesgo,

y requiere subsanar los ítems causales de esta calificación, para el beneficio de los usuarios y la búsqueda de la mejora continua de la calidad.

2.1.8 Objetivo general

- Mejorar la Gestión de Calidad del Puesto de Salud Bahía Blanca.

3. DESARROLLO DEL PROYECTO DE MEJORA CONTINUA

3.1 ETAPA DE ESTUDIOS

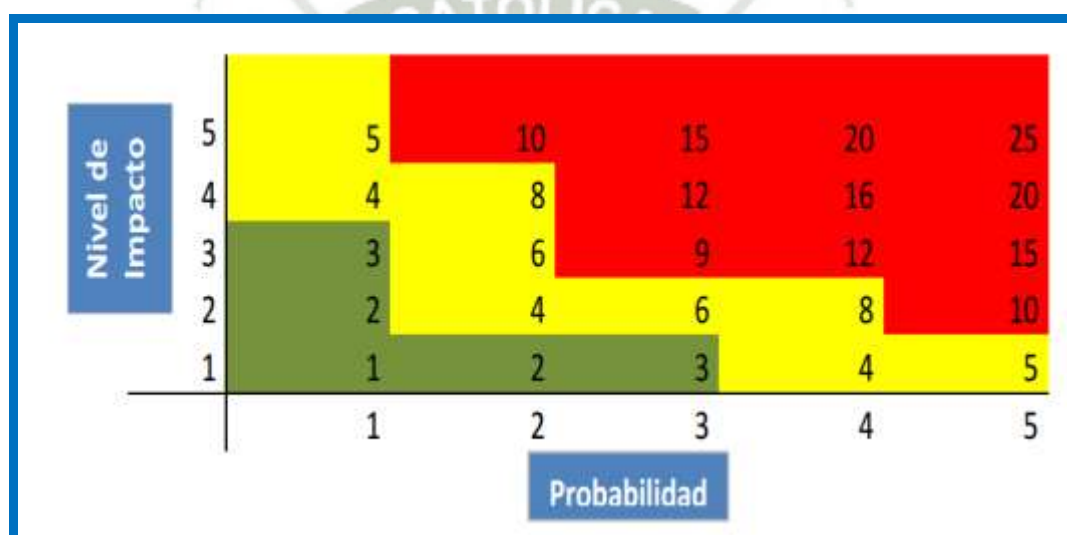
3.1.1 Identificación de la oportunidad de mejora.

Se presenta una Matriz de evaluación de riesgos por Componentes y Verificadores

Verificador	Impacto Legal	Impacto Sobre La Salud	Impacto Económico	Impacto Operacional	Impacto De Imagen	Nivel De Impacto	Probabilidad De Ocurrencia	Nivel De Exposición De Riesgo
I: Seguridad de la Atención	5	5	5	4	5	5	3	15
II Garantía de Calidad	4	4	2	5	2	3	2	6
III Protección al asegurado	5	3	3	3	5	4	2	8

Se realizó la Matriz de evaluación de Riesgos para los tres componentes: Seguridad de la Atención, Garantía de calidad y protección al asegurado, se le otorgó una valoración de impacto con valores del 1 al 5, posteriormente se sacó un promedio que dio como resultado el Nivel de Impacto, este valor se multiplicó por la Probabilidad de ocurrencia y dio como resultado final el Nivel de exposición de Riesgo.

Se aplicó la presente escala de Nivel de exposición de Riesgo.



El resultado es el siguiente:

Verificador	Impacto Legal	Impacto Sobre La Salud	Impacto Económico	Impacto Operacional	Impacto De Imagen	Nivel De Impacto	Probabilidad De Ocurrencia	Nivel De Exposición De Riesgo
I: Seguridad de la Atención	5	5	5	4	5	5	3	15

II Garantía de Calidad	4	4	2	5	2	3	2	6
III Protección al asegurado	5	3	3	3	5	4	2	8

Según la matriz descrita anteriormente el componente con mayor nivel de exposición al riesgo es la Seguridad de la Atención, ya que su impacto legal, en la salud del asegurado, económico y de imagen alcanzaron la más alta puntuación a lo que se agrega la alta probabilidad de ocurrencia es alta, dando como resultado un Nivel de Exposición de Riesgo alto.

Información utilizada para priorizar al componente Seguridad de la Atención, en el proyecto de mejora.

3.1.2 Planteamiento del problema

El principal problema es el Alto riesgo de la Seguridad de la Atención del Puesto de Salud Bahía Blanca.

El 85.7% de la planta física, las instalaciones y el equipamiento del establecimiento de salud y servicios médicos de apoyo se mantienen en buenas condiciones de conservación de higiene y funcionamiento. El área de Farmacia no cumple con las condiciones de infraestructura normadas; por tanto es recomendable mejorar su infraestructura de manera inmediata.

En el área de Consulta Externa se ha implementado las actividades necesarias para el funcionamiento óptimo de un sistema de gestión de

eventos adversos. En otras áreas sólo se cuenta con un registro de eventos adversos, no se cuenta con un plan de seguridad del paciente y tampoco se reportan ni analizan los eventos adversos que se hayan presentado.

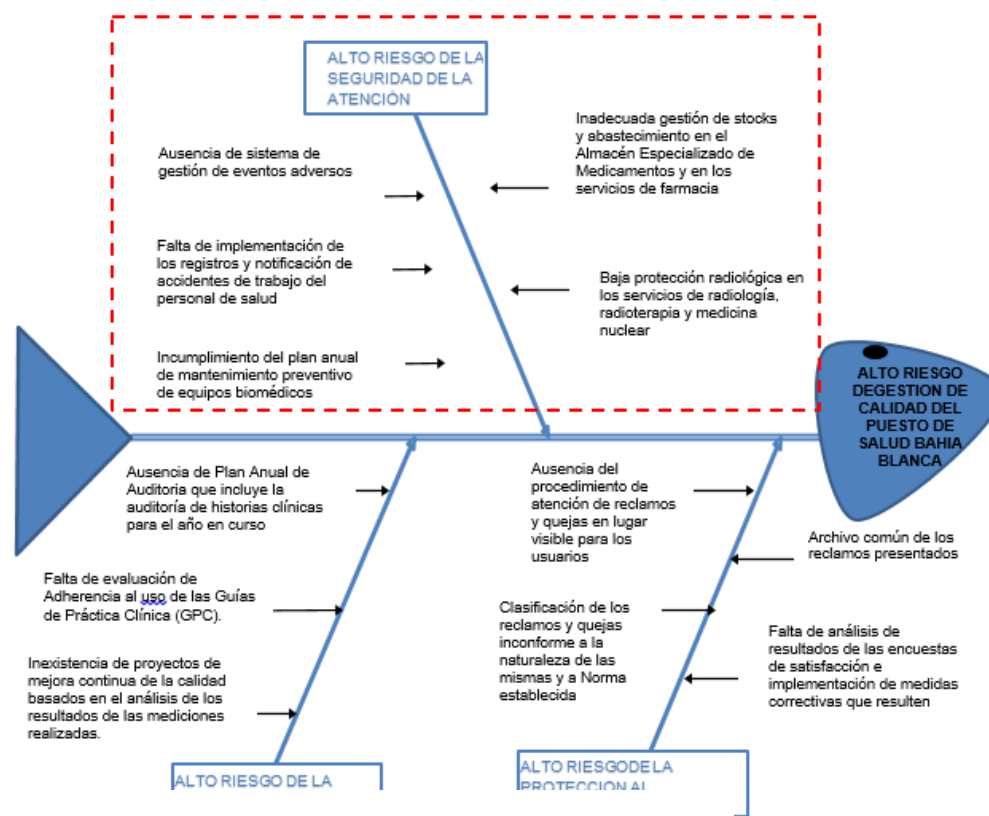
El área de Dirección lleva a cabo las actividades de registro y notificación de accidentes de trabajo del personal de salud; calificando el cumplimiento de la implementación de los registros de accidentes de trabajo con un 14.3%. No existen evidencias de cumplimiento del plan anual de mantenimiento preventivo de equipos biomédicos en ninguna de las áreas del Puesto de Salud.

La gestión de stocks en el área de Farmacia es de mediano riesgo con un cumplimiento del 75% de las actividades establecidas en la norma.

La conservación de los productos no es la adecuada en el almacén, según la Norma Técnica del Ministerio de Salud la altura mínima del suelo es de 10 centímetros, no cumpliendo este punto

Se aprecia que el Puesto de Salud por ser de categoría I-2 no posee servicio de radiología, sin embargo en consulta externa el Servicio de Odontología cuenta con un equipo de rayos X, pero sólo se cumple el 25.0% de los requisitos de protección radiológica.

3.1.3 Determinación de las causas – Espina de Ishikawa¹⁴

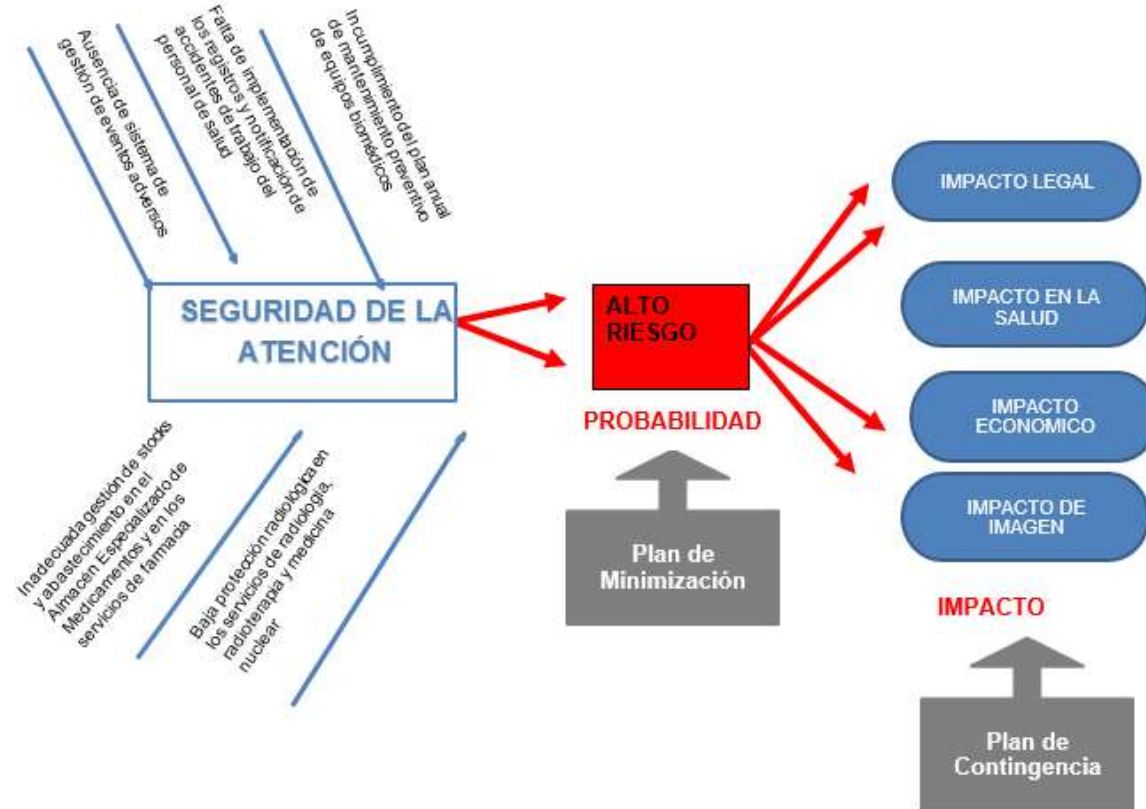


Fuente: Elaboración propia

¹⁴ Ishikawa K (1986): "¿Que es el control total de la calidad?: La modalidad japonesa. Editorial Norma- Bogotá

3.1.4. Priorización de la causa raíz a intervenir

Según el nivel de exposición al riesgo se priorizó el componente Seguridad de la atención y propondrá la intervención en los subcomponentes.



3.1.5 Determinación de metas para medir los logros.

- Lograr un desempeño del componente Seguridad de la Atención, mayor al 80% del total que corresponda a bajo riesgo.
- Desarrollar un sistema de gestión de eventos adversos.
- Implementar los registros y notificación de accidentes de trabajo del personal de salud.
- Evidenciar el cumplimiento del plan anual de mantenimiento preventivo de equipos biomédicos.
- Realizar una adecuada gestión de stocks y abastecimiento en el Almacén Especializado de Medicamentos y en los servicios de farmacia.
- Cumplir con los requisitos de protección radiológica en los servicios de radiología, radioterapia y medicina nuclear.

3.1.6 Formulación del plan de acción.

MARCO LÓGICO DE LA MEJORA CONTINUA

Fin	Objetivo	Indicador	Fuente de Verificación	Supuesto
Disminuir El Riesgo De La Gestión De Calidad				
Propósito				
Lograr un desempeño del componente Seguridad de la Atención, mayor al 80% del total que corresponda a bajo riesgo				
Metas				
Desarrollar un sistema de gestión de eventos adversos.		N° De Eventos Adversos Reportados y Registrados / N° Total de Eventos Adversos en el semestre	Registro Administrativo	Se gestionan y registran los eventos adversos en las siete áreas evaluadas
Implementar los registros y notificación de accidentes de trabajo del personal de salud.		N° De Accidentes De Trabajo Notificados Y Registrados / N° Total de accidentes de Trabajo en el semestre	Registro Administrativo	El Puesto de Salud Bahía Blanca registra y notifica los accidentes de trabajo del personal de salud.
Evidenciar el cumplimiento del plan anual de mantenimiento preventivo de equipos biomédicos		% De Cumplimiento Del Plan Anual De Mantenimiento Preventivo	Plan De Mantenimiento Preventivo	Se ejecuta, monitorea y evalúa un plan de mantenimiento preventivo de equipos biomédicos.
Realizar una adecuada gestión de stocks y abastecimiento en el Almacén Especializado de Medicamentos y en los servicios de farmacia		% de cumplimiento de almacenaje según Normativa vigente.	Reporte Mensual de Stock y Abastecimiento	Se gestiona el stocks y abastecimiento en el Almacén Especializado de Medicamentos y en los servicios de farmacia
Cumplir con los requisitos de protección radiológica en los servicios de radiología, radioterapia y medicina nuclear.		N° de tomas Radiológicas con Protección / N° Total de tomas radiológicas.	Registro Administrativo	Se cumplen los requisitos de protección radiológica en los servicios de radiología..

3.1.7 Actividades y tareas

ACTIVIDADES	
Del componente I.2.	Desarrollar un sistema de gestión de eventos adversos.
Tarea 1.1	Desarrollar un sistema de gestión de eventos adversos en Dirección y Administración.
Tarea 1.2	Desarrollar un sistema de gestión de eventos adversos en Emergencia
Tarea 1.3	Desarrollar un sistema de gestión de eventos adversos en Farmacia.
Del componente I.3.	Implementar los registros y notificación de accidentes de trabajo del personal de salud.
Tarea 2.1	Implementar registro y notificación en Consulta externa, Emergencia, Patología Clínica, Anatomía patológica, Farmacia y Central de esterilización.
Tarea 2.2	Hacer uso de los formatos establecidos por el Ministerio de Trabajo.
Del componente I.8.	Evidenciar el cumplimiento del plan anual de mantenimiento preventivo de equipos biomédicos
Tarea 3.1	Elaborar un Plan anual de mantenimiento preventivo de equipos biomédicos
Tarea 3.2	Ejecutar el Plan anual de mantenimiento preventivo de equipos biomédicos en las siete áreas evaluadas.
Del componente I.9	Realizar una adecuada gestión de stocks y abastecimiento en el Almacén Especializado de Medicamentos y en los servicios de farmacia
Tarea 4.1	Garantizar la conservación de productos farmacéuticos, según normativa en almacenaje.

Del componente I.10	Cumplir con los requisitos de protección radiológica en los servicios de radiología, radioterapia y medicina nuclear.
Tarea 5.1	Adquirir licencia de operación del equipo radiológico.
Tarea 5.2.2	Aplicar medidas de protección radiológica en el ambiente de toma de radiografías del Servicio de Odontología.
Tarea 5.2.3	Elaborar un programa de protección radiológica y garantía de calidad.

3.1.8 Cronograma de actividades- Diagrama de Gantt

Actividades	Enero 17				Febrero 17				Marzo 17				Abril 2017				Mayo 2017				Junio 2017			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Desarrollar un sistema de gestión de eventos adversos.																								
Implementar los registros y notificación de accidentes de trabajo del personal de salud.																								
Evidenciar el cumplimiento del plan anual de mantenimiento preventivo de equipos biomédicos																								

[illegible]

3.1.9 Propuesta de financiación

El presente proyecto se presentara a la DIRESA Callao, para su aprobación y se solicitará financiamiento.

3.1.10. Presupuesto

Concepto de gasto	Costo
Útiles de escritorio	200.00
Servicio de fotocopiado e impresiones	100.00
Material didáctico	350.00
Servicio de capacitación al personal para la elaboración de planes	1000.00
Servicio de refrigerios	350.00
TOTAL	2000.00

4. MONITOREO

MATRIZ DE MONITOREO DE ACTIVIDADES

OBJETIVO GENERAL:

OBJETIVO
ESPECÍFICO:

PERIODO DE MONITOREO:

Ejecución de Planes
de Mejora

FECHA DE MONITOREO:

01-ABRIL-2017

MONITOREO N°:

01

ACTIVIDAD	AVANCE DE METAS PREVISTO	INDICADOR	OPERACIONALIZACIÓN	ESTANDAR DE COMPARACIÓN	AVANCE OBSERVADO	MARCADOR	OBS / RECOMENDACIONES
Actividad						☐	
Tarea 1.1.	80 %					☐	
Tarea 1.2.	80%						

MARCADORES				
				Malo
				Regular
				Bueno

5. EVALUACIÓN:**MATRIZ DE EVALUACIÓN DE ACTIVIDADES**

OBJETIVO GENERAL:

OBJETIVO ESPECÍFICO:

PERIODO DE EVALUACIÓN:

Evaluación de los
resultados del proyecto

FECHA DE EVALUACIÓN:

30 DE JUNIO 2017

EVALUACIÓN
N°:

01

ACTIVIDAD	META	INDICADOR	OPERACIONALIZACIÓN	ESTANDAR DE COMPARACIÓN	RESULTADO FINAL OBSERVADO	MARCADOR	OBS / RECOMENDACIONES
Actividad 1.1						☐	
Tarea 1.1	100 %					☐ ☐	
Tarea 1.2.	100%						

MARCADORES					
					Malo
					Regular
					Bueno



ANEXOS

ANEXO N° 1: PROYECTO DE TESIS



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

ESCUELA DE POST-GRADO

MAESTRÍA DE GERENCIA EN SALUD



**“GESTIÓN DE CALIDAD EN EL PUESTO DE
SALUD BAHÍA BLANCA, MICRORED
PACHACÚTEC, RED VENTANILLA,
CALLAO, 2016”**

**Proyecto de tesis presentado por
la Bachiller:**

ANY ZARELA VÁSQUEZ ZEA

**Para optar el Grado Académico de
MAESTRO EN GERENCIA EN
SALUD.**

**AREQUIPA - PERÚ
2016**

I. PREÁMBULO

En los diferentes sistemas de salud, dentro de los objetivos más relevantes se encuentra el logro de una atención de calidad, eficacia y eficiencia. Los Sistemas de Gestión de la Calidad son un conglomerado de actividades, normas y estándares internacionales que integrados cumplen requisitos de calidad para poder ofrecer productos o servicios según las necesidades de los clientes pudiendo ser aplicados no solo en la industria de manufactura sino en sectores de servicios como el de salud.¹⁵ Para el caso del Puesto de Salud Bahía Blanca, Microrred Pachacútec, Red Ventanilla, Callao, se espera que todo paciente reciba una atención de calidad que permita mejorar continuamente la demanda de servicios de salud con una satisfacción adecuada de sus necesidades.

Los Sistemas de Gestión de la Calidad en una organización integran procedimientos, procesos y recursos como requisito para el desarrollo de los objetivos planteados y una mejora continua.¹⁶ Todo sistema de gestión de la calidad debe diseñarse de acuerdo al tipo de organización, a sus objetivos, necesidades, servicios y a la relación con sus usuarios.¹⁷

¹⁵ Arias Coelo Alicia (2013). Gestión de la Calidad: Conceptos básicos. Facultad de Ciencias de la Documentación, Universidad Complutense de Madrid, España. Disponible en: <http://pendiente-demigracion.ucm.es/centros/cont/descargas/documento10123.pdf>

¹⁶ Ministerio de Fomento de España. (2009). Sistema de Gestión de la Calidad según ISO 9001:2008

¹⁷ Cabo Javier Salvador (2014). Gestión de la calidad en las organizaciones sanitarias. Ed. Diaz de Santos. Madrid.

En Marzo del 2015, el Puesto de Salud Bahía Blanca mejoró su infraestructura e equipamiento a partir de la implementación de un proyecto de inversión pública. A partir de esta mejora se recategorizó como Establecimiento de Salud nivel I-2, para lo que se requiere nuevamente la visita y supervisión de SUSALUD que hasta la fecha no ha acudido.

Por este motivo se presentó la oportunidad de realizar una revisión previa de la actual capacidad resolutive del Establecimiento de Salud, aplicando los instrumentos de evaluación integral, evaluando macroprocesos relacionados a la gestión de calidad; identificando la necesidad de realizar un estudio profundo y completo que permita tener un diagnóstico situacional actualizado y que a su vez sirva para retroalimentar las acciones, de manera previa a la supervisión anual y que permita lograr procesos y procedimientos de atención con calidad, por lo que se consideró importante el contar con esta información que permita mejorar continuamente la calidad de los servicios ofertados.

II. PLANTEAMIENTO TEORICO

1. Problema de investigación

1.1. Enunciado del Problema

Gestión de Calidad en el Puesto de Salud Bahía Blanca, Microrred
Pachacútec, Red Ventanilla, Callao, 2016.

1.2. Descripción

1.2.1 Campo, Área y Línea de Investigación:

- Campo: Ciencias de la Salud
- Área : Gerencia en Salud
- Línea: Gestión de calidad

1.2.2 Operacionalización de Variables

Variable	Indicador	Subindicador ¹⁸
GESTIÓN DE CALIDAD (Conjunto de características de los servicios de salud que le confieren idoneidad para satisfacer las necesidades de salud del paciente)	Seguridad de la atención (Protección del usuario ante los riesgos inherentes al sistema de salud)	1. Conservación de infraestructura e higiene. 2. Desarrollo de un sistema de gestión de eventos adversos. 3. Implementación de los registros y notificación de accidentes de trabajo del personal de salud. 4. Uso de un formato de consentimiento informado para todos los procedimientos invasivos. 5. Uso de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía implementada y registrada. 6. Delimitación y respeto de las zonas rígidas y semi rígidas para la circulación de camillas. 7. Cumplimiento de los procedimientos establecidos para garantizar la operatividad de la Cadena de Frío. 8. Cumplimiento del plan anual de mantenimiento preventivo de equipos biomédicos. 9. Gestión de almacén especializado de medicamentos. 10. Cumplimiento de los requisitos de protección radiológica.
	Garantía de calidad (Responsabilidad de mantener cierto nivel de calidad según los objetivos buscados)	1. Ejecución del Plan Anual de Auditoría 2. Actividad del Comité de Auditoría de la Calidad de la Atención 3. Reporte de hallazgos de auditoría de la calidad del registro. 4. Reporte de hallazgos de auditoría para evaluar la calidad de la atención a través de la historia clínica 5. Evaluación de adherencia al uso de las guías de práctica clínica (GPC). 6. Realización de auditorías de caso. 7. Ejecución de proyectos de mejora continua de la calidad.
	Protección al asegurado (Salvaguarda del derecho a la salud como usuario de Instituciones)	1. Mecanismos que permiten recoger las sugerencias, quejas y reclamos 2. Uso de Libro de Reclamaciones físico o virtual 3. Socialización al usuario del procedimiento de atención de reclamos y quejas. 4. Cuenta con personal responsable clasifica los reclamos y quejas 5. Soluciona y reporta casos a las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS) respectivas, en menos de 3 meses conforme a

¹⁸ Instituto Nacional de Salud. La Acreditación en Calidad en Salud y la mejora continua de la IPRESS en el marco de la Supervisión de SUSALUD.(Internet). 2014 (Citado el 06 de Agosto del 2015) Disponible en: http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/0/jer/2014_octubre_eventos/Ponencia%2004%20GC%20en%20Lb.%20Clinicos.pdf

	Prestadoras de Servicios de Salud)	norma. 6. Cuenta con archivo de los reclamos presentados (considerando su gestión) y respuesta dentro de los plazos establecidos. 7. Evalúa la calidad del servicio a través de la medición del nivel de satisfacción del asegurado. 8. Analiza los resultados de las encuestas de satisfacción e implementación de medidas correctivas que resulten necesarias.
--	------------------------------------	--

1.2.3. Interrogantes básicas de Investigación

- ¿Cómo se presenta la seguridad de atención de los usuarios en el Puesto de Salud Bahía Blanca?
- ¿Cómo se presenta la garantía de calidad que se ofrece a los usuarios del Puesto de Salud Bahía Blanca?
- ¿Cómo se presenta la protección del asegurado en el Puesto de Salud Bahía Blanca?
- ¿Cómo es la gestión de calidad del Puesto de Salud Bahía Blanca?

1.2.4. Tipo de investigación

Documental.

1.2.5. Nivel de investigación

Descriptivo.

1.3. Justificación del problema

El presente estudio busca describir los indicadores más importantes en la Gestión de Calidad Puesto de Salud Bahía Blanca, según la nueva normatividad en el marco de la reforma de salud. No se han realizado estudios a profundidad de estos

indicadores en los establecimientos de salud de nivel I-2. Así mismo no se han encontrado estudios similares a nivel regional, por lo que este estudio resulta ser original y novedoso dada la reciente implementación del Modelo de Supervisión de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) en base al cumplimiento normativo y gestión de riesgo operativo como medio para el mejoramiento continuo de la calidad en el marco de la Acreditación de la Calidad en Salud de las IPRESS en el Perú¹⁹.

La relevancia práctica de este estudio está dada porque a partir de los resultados se podrá conocer como es la gestión de calidad del Puesto de Salud Bahía Blanca y se podrán proponer estrategias para mejorarla y lograr una satisfacción adecuada del usuario y una atención de calidad; lo que conlleva al beneficio de un grupo creciente de la población como son los pacientes que acuden al primer nivel de atención, dándole también relevancia social.

El estudio es de interés para la institución en la que se realiza, además de satisfacer la motivación personal de realizar una investigación en el área de la administración y gerencia en servicios de salud, es también una importante contribución académica al campo de la Gerencia en Salud, y en cumplimiento con las políticas de investigación de la Universidad.

¹⁹ MINSA. (2010). D.S N°008-2010-SA Reglamento Cuarta Disposición. Complementaria y Final. De la Acreditación de las IPREES

2. Marco Conceptual

2.1. Gestión de calidad

“El concepto de gestión implica que las acciones de calidad no se realizan al azar, sino que a medida que el trabajo avanza, la organización determina la utilización de aquellas que son mejores o mas eficaces para alcanzar el fin que se persigue. Para esto, existirán indicadores que permitan concretar qué actuaciones son mejores o simplemente, mas oportunas”.

La gestión de calidad, por tanto, “es el conjunto de procesos que se llevan a cabo para la satisfacción de las necesidades y expectativas de los clientes”.²⁰

Un sistema de gestión de calidad “constituye un conjunto de acciones planificadas y sistemáticas necesarias para proporcionar la confianza en que un producto o servicio satisfará las exigencia del cliente”.²¹

Se debe entender a la gestión de calidad como un conjunto de rutas a través de las que se adquiere calidad; integrándola al proceso de gestión, en inglés *management* que cita a la dirección, gobierno y coordinación de actividades.

De esta manera la definición de gestión de calidad sería la forma en que la dirección planifica el futuro, implanta nuevos

²⁰ Federación Española de Municipios y Provincias. (2014). Procesos de Mejora Continua V01. Sección técnica de proceso de mejora de la Comisión de Modernización de calidad. España. Disponible en: <http://www.fundacioncetmo.org/fundacion/publicaciones/transporte.viajeros/procesos.mejora.pdf>

²¹ Alvarez Ivarola José María (2006): Introducción a la calidad aproximación a los sistemas de gestión y herramientas de calidad. Editorial Ideaspropias P 23,24 España

programas y controla los resultados de la función calidad para lograr su mejora continua.

A través de la gestión de calidad, la gerencia interviene en la definición, análisis y garantía de los productos y servicios ofertados por la empresa y hace que se realicen los tipos de actuaciones siguientes:

- Definir los objetivos de calidad, aunando para ello los intereses con las necesidades de los clientes.
- Lograr que los productos o servicios se encuentre de acuerdo a dichos objetivos, favoreciendo los medios para lograrlo.
- Evaluar y vigilar el logro de la ansiada calidad.
- Mejora continua, transformando los objetivos y la adquisición de la calidad en un cause enérgico que progresa de forma permanente, según las exigencias del mercado.²²

Actualmente, se ha conceptualizado la calidad de una manera global y se explica como un sistema de gestión de calidad, mientras que hace unos diez años se conceptualizaba individualmente. A continuación se presentan las diferencias con respecto al concepto de calidad clásico y el actual. Esta tabla servirá para diferenciar como se evaluaba la calidad de atención en salud antiguamente y en la actualidad mediante los nuevos

²² Udaodndo Duran Miguel (1992). Gestión de Calidad. Editorial Diaz de Santos S. A. P 5 -10 España.

modelos de acreditación de Instituciones Prestadoras de
Servicios de Salud (IPRESS):²³

ASPECTOS DE LA CALIDAD	SEGÚN EL CONCEPTO CLÁSICO	SEGÚN LA GESTIÓN DE CALIDAD
Objeto	Involucra a productos y servicios	Involucra a todas las actividades de la empresa
Alcance	Actividades de control	Gestión y asesoramiento, además de control
Modo de aplicación	Impuesta por la dirección	Por convencimiento y Participativa
Metodología	Hallar y corregir	Prevenir
Responsabilidad	Del departamento de calidad	Compromiso de cada miembro de la empresa
Clientes	Impropios a la empresa	Internos y externos

Fuente: José María Álvarez Ivarola (2006): Introducción a la calidad aproximación a los sistemas de gestión y herramientas de calidad

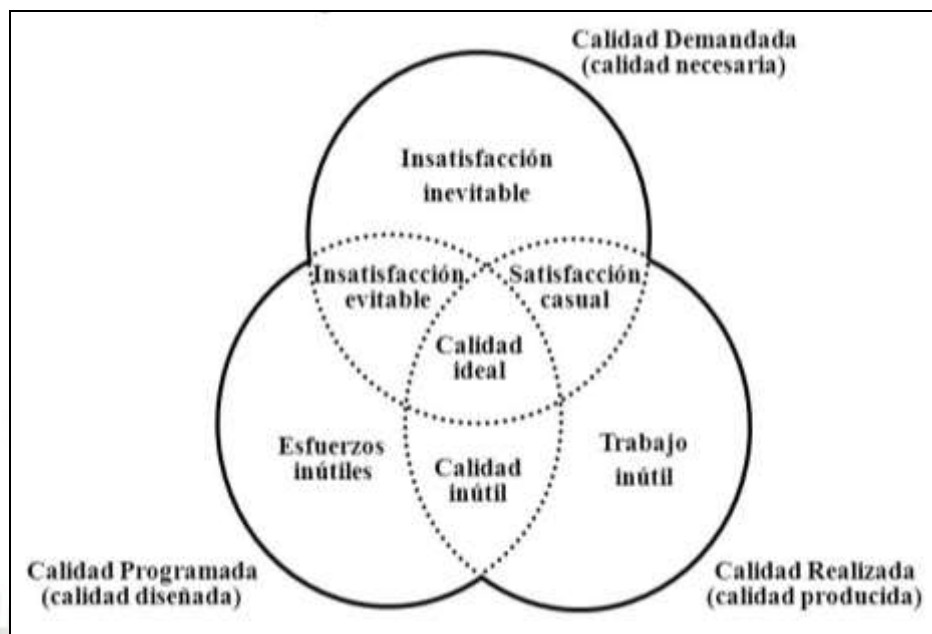
2.2. Gestión de calidad en servicios de salud

Se define como “diseñar, producir y brindar un servicio de salud que sea útil, lo más económico posible y siempre satisfactorio para el usuario interno y externo”. A partir de este concepto, Varo (1994), diseñó el diagrama de las 3 calidades en el que el producto o servicio de salud tiene superior nivel de calidad conforme las tres calidades: demanda, oferta (diseñada) y realizada, son más compatibles.^{24, 25}

²³ José María Álvarez Ivarola (2006): Introducción a la calidad aproximación a los sistemas de gestión y herramientas de calidad

²⁴ Ishikawa K(1986): ¿Que es el control total de la calidad?: La modalidad japonesa. Editorial Norma- Bogota

²⁵ Varo Jaime (1994): Gestion estratégica de la calidad: un modelo de Gestión Hospitalaria. Editorial Diaz de Santos S. A. P 7,8 España



Fuente: Jaime Varo (1994): Gestión estratégica de la calidad: un modelo de Gestión Hospitalaria.

El Ministerio de Salud del Perú, desarrolla un Sistema de Gestión de Calidad que se encuadra dentro de los Lineamientos de Políticas del Sector Salud y se interpreta en políticas y objetivos de calidad dirigidos a la búsqueda de la mejora continua de la calidad en la atención.²⁶

El Sistema de Gestión de Calidad en Salud, está especificado como el conglomerado de componentes relacionados entre sí que ayudan a guiar, reglamentar, brindar asistencia técnica y evaluar a las entidades del sector salud y a sus dependencias

²⁶ Ministerio de Salud. Documento Técnico RM – 519-2006 /MINSA “Dirección de calidad en Salud” .(Internet). 2016 (Citado el 14 de Mayo del 2015) Disponible en: http://www.minsa.gob.pe/dgsp/archivo/politica_nacional_calidad.pdf

públicas de los tres niveles (nacional, regional y local) en lo concerniente a calidad de la atención y la gestión.

La Alta Dirección del MINSA, ha determinado que la gestión de calidad es parte de la gestión institucional y por ello es una obligación de todo funcionario en el sector, el disponer y fijar la política de calidad expuesta formalmente. Como resultado las orientaciones normativas del Sistema de Gestión de Calidad en Salud deben desarrollarse creativamente y con las especialidades que correspondan en todas las instituciones y entidades del Sector, en los diferentes niveles de su jerarquía organizativa.²⁷

El sistema incluye los componentes de planificación, organización, garantía y mejora de la calidad e información para la calidad dentro de la dirección estratégica de la institución, en la perspectiva de diseñar, gestionar y mejorar los procesos institucionales hacia una cultura de calidad.²⁸

Además, el sistema de gestión de calidad ha sido formulado sobre las bases técnico científicas, humanas y del entorno en búsqueda del objetivo de mejorar continuamente la calidad del Sector Salud y propone siete estrategias de intervención para lograrlo.

²⁷ Ministerio de Salud. Documento Técnico RM – 519-2006 /MINSA “Dirección de calidad en Salud” .(Internet). 2016 (Citado el 14 de Mayo del 2015) Disponible en:
http://www.minsa.gob.pe/dgsp/archivo/politica_nacional_calidad.pdf

²⁸ Ministerio de Salud. Documento Técnico RM – 519-2006 /MINSA “Dirección de calidad en Salud” .(Internet). 2016 (Citado el 14 de Mayo del 2015) Disponible en:
http://www.minsa.gob.pe/dgsp/archivo/politica_nacional_calidad.pdf



Fuente: MINSA. (2006). Documento Técnico RM – 519-2006 /MINSA “Dirección de calidad en Salud.

2.3. Gestión de calidad en el marco de la reforma de salud del Perú

Con respecto a la Gestión de calidad en el marco de la reforma de salud en el país, el concepto no ha cambiado, sino que se ha implementado su inclusión en cada uno de los procesos y procedimientos para lograr “más atención, cobertura y financiamiento para la salud de todos los peruanos”.

Se puede identificar la inserción de gestión de calidad en lo concerniente a la protección personal y de sus familias, dado que en la reforma de salud se ha propuesto extender la actual cobertura de aseguramiento para lograr la universalidad, esto admitirá que toda la población este coberturada bajo algún régimen de atención. En este punto se enfatiza que las acciones

realizadas llevarán a la mejora trascendental del acceso y la calidad de los servicios ofertados por los establecimientos de diversos proveedores del sistema de salud, los que tienen la obligación de otorgar seguridad, garantía, efectividad y calidad.

Dentro de los lineamientos establecidos para la reforma del sector salud, se cuenta con una propuesta de mandato de política: Puesta en funcionamiento del sistema nacional de garantía de calidad en los establecimientos públicos y privados del sector.²⁹

En este sentido el MINSA debe guiar la propuesta y ejecución de un plan nacional de corto y mediano plazo para la mejora de la calidad, con el apoyo de todos los actores sectoriales y en forma complementaria, la supervisión de la ejecución de las regulaciones en materia de calidad, este deber será adjudicado por la SUSALUD.

El plan nacional de calidad deberá abarcar y articular, de forma referencial, las siguientes iniciativas de política:

- Homologación gradual de los procesos de atención en todas las instituciones de salud.
- Política integral de recursos humanos, que involucre no solamente aspectos remunerativos, sino también de

²⁹ Ministerio de Salud Lineamientos y medidas de reforma del sector de salud.(Internet). 2013(Citado el 11 de Mayo del 2015) Disponible en : <http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2013/reforma/documentos/documentoreforma11122013.pdf>

incentivos no monetarios vinculados a la mejora del desempeño organizacional.

- Acreditación de servicios de salud, supervisión asumida por la SUSALUD.
- Implementación del Órgano Sectorial de Calidad en Salud, para la verificación el desempeño de las instituciones de salud en materia de procesos y resultados de la atención de salud.
- Aplicación de plan de inversiones para brindar las condiciones necesarias de infraestructura y equipamiento para proporcionar una atención de calidad.
- Orientación al ciudadano, en la vigilancia activa de la calidad del servicio de salud que le es brindado.
- Incorporar en las intervenciones de mejora de la calidad un componente de adecuación cultural de los servicios públicos y el desarrollo de competencias en el personal de salud para este fin y así brindar seguridad, garantía de calidad en los servicios y protección del paciente.³⁰

³⁰ Ministerio de Salud Lineamientos y medidas de reforma del sector de salud.(Internet). 2013(Citado el 11 de Mayo del 2015) Disponible en : <http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2013/reforma/documentos/documentoreforma11122013.pdf>

2.4. Indicadores de gestión de calidad

2.4.1. Conceptos generales

“Los indicadores de gestión, se entienden como la expresión cuantitativa del comportamiento o del desempeño de toda una organización o una de sus partes, cuya magnitud al ser comparada con algún nivel de referencia, puede estar señalando una desviación sobre la cual se tomarán acciones correctivas o preventivas según el caso. El valor del indicador es el resultado de la medición del indicador y constituye un valor de comparación, referido a su meta asociada”.³¹

Los Indicadores de Gestión ayudan en la formulación, ejecución y evaluación de planes estratégicos.³² “Se constituyen en herramientas de mejoramiento de la calidad especialmente cuando estos se comparan contra sí mismos o contra instituciones similares con el fin de establecer metas dinámicas”.³³

Los indicadores de calidad se refieren a las condiciones, instrumentos y tecnologías empleadas en el desarrollo de las diferentes etapas de la atención en salud.³⁴

³¹ Lorino, Philippe, (1993), El control de gestión estratégico. Editorial Alfaomega-Marcombo 1era Edición p. 194

³² Lodoño Malagón (2006). Garantía de calidad en salud. Segunda edición Editorial Medica Panamericana- Colombia Bogota p. 212 508

³³ Alvares Heredia Francisco. (2007). Calidad y Auditoria en Salud. ECOE ediciones 2da Edición Colombia Bogota p 185,186

¹³ Lodoño Malagón. (2006). Garantía de calidad en salud. Segunda edición Editorial Medica Panamericana Colombia Bogota p 212

“Los indicadores de salud representan medidas-resumen que capturan información relevante sobre distintos atributos y dimensiones del estado de salud y del desempeño del sistema de salud; vistos en conjunto intentan reflejar la situación sanitaria de una población, permitiendo vigilarla. Son instrumentos de evaluación que pueden determinar, directa o indirectamente, modificaciones. Así, brindan una idea del estado que guarda una condición de salud, por ejemplo, la ocurrencia de una enfermedad u otro evento relacionado con la salud o de un factor asociado con la misma”.³⁵

2.4.2. Tipos de indicadores

Los indicadores para evaluar la calidad de la atención sanitaria pueden aplicarse a tres elementos básicos del sistema: la estructura, el proceso y los resultados. Este enfoque se mantiene hasta el día de hoy soliendo ser el motivo de los trabajos que monitorizan la calidad de la atención sanitaria y hospitalaria.

De manera general, los indicadores de calidad de la estructura, o indicadores de estructura, miden la calidad de las características del marco en que se prestan los servicios y el estado de los recursos para prestarlos.

³⁵ Quiroz Ezquivel Rocio (2013): Indiadores de Calidad. Disponible en: https://prezi.com/4vvhi_ubklqs/untitled-prezi/.

Los indicadores de la calidad del proceso (indicadores de proceso) miden, de forma directa o indirecta, la calidad de las actividades llevadas a cabo durante la atención al paciente.

Finalmente, los indicadores basados en resultados o indicadores de resultados miden el nivel de éxito alcanzado en el paciente, es decir, si se ha conseguido lo que se pretendía con las actividades realizadas durante el proceso de atención. De igual manera el uso de indicadores para medir la eficiencia, resultan complemento ineludible de los indicadores de calidad.³⁶

Aplicando las conceptualizaciones modernas de Procesos por Gestión se parte de la evaluación de indicadores de resultados (salida), y si se observa un indicador de resultado deficiente se busca retrospectivamente a lo largo del proceso o la estructura (entrada) el nudo crítico a resolver.

Por eso, en la actualidad, los indicadores que se deben evaluar en salud son aquellos que “den cuenta de la dinámica de actividades específicas; éstos deberán medir la eficiencia y eficacia, de modo que permitan introducir los correctivos necesarios o los cambios requeridos dentro del transcurso del proceso, ya que informan sobre áreas críticas del mismo”.^{37, 38}

³⁶ Dirección General de Evaluación del Desempeño Dirección de Evaluación de los Servicios de Salud (2006). Manual de Indicadores de Servicios de Salud. Mexico pag 3-4.

³⁷ Ana S. Quintero Gomez (1995). Guía para el Diseño, Construcción e Interpretación de Indicadores. Editorial DANE Segunda Edición p. 15.

³⁸ Lodoño Malagón (2006): Garantía de calidad en salud. Segunda edición Editorial Médica Panamericana Colombia Bogota p 507

2.4.3. Principales indicadores de gestión de calidad en el marco de la reforma de salud del Perú

a. Seguridad de la atención

“Es la prestación de servicios de salud bajo condiciones que minimicen los riesgos para la salud de los usuarios”.³⁹

La seguridad de la atención del paciente es un severo dilema de salud pública en todo el mundo, afecta a países desarrollados y a aquellos países en vía de desarrollo y se produce en todos los niveles de atención, por lo que la organización Mundial de la salud ha decidido formar una alianza con otros líderes mundiales de salud con el fin de reducir el número enfermedades, lesiones y muertes que ocurren como consecuencia de errores en la atención en salud.⁴⁰ La seguridad es un principio fundamental de la atención al paciente y un componente crítico de la gestión de la calidad.⁴¹

“Los estudios realizados en varios países ponen de manifiesto un índice de efectos adversos de entre el 3,5% y el 16,6% del número de pacientes hospitalizados. En promedio, uno de cada diez pacientes ingresados sufre

³⁹ Lodoño Malagón (2006): Garantía de calidad en salud. Segunda edición Editorial Médica Panamericana Colombia Bogotá p 207.

⁴⁰ García-Barberos M. (2008). Alianza mundial para la seguridad del paciente. Oficina de Servicios Integrados de Salud. Unidad de Políticas, Sistemas y Servicios Sanitarios. Organización Mundial de la Salud, Oficina Europea, España.

⁴¹ Organización Mundial de la Salud. (2012). Calidad de la atención: seguridad del paciente. <http://www.binasss.sa.cr/seguridad/articulos/calidaddeatencion.pdf>

alguna forma de daño evitable que puede provocar discapacidades graves o incluso la muerte.”⁴²

La complejidad del proceso de atención en salud hace que se consideren sistemas de alto riesgo y por lo tanto se involucran innumerables barreras de seguridad que prevengan los fallos involuntarios que puedan presentarse durante la atención de un paciente. En los últimos años en los sistemas de salud del mundo se han implementado políticas que llevan a controlar la aparición de eventos adversos en la prestación de los servicios de salud.

Hoy la seguridad del paciente es una preocupación universal, dado que a diario se producen en los hospitales fallas en la atención tanto en los países desarrollados como en los de tercer mundo.⁴³

b. Garantía de calidad

“La Garantía de calidad es asegurar la calidad de un producto de modo que el cliente puede recibirlo con confianza y hacer uso del él por un largo tiempo con confianza y satisfacción”.⁴⁴

⁴² Wilson RM, Runciman WB, Gibberd RW, Harrison BT, Hamilton JD. (2006). Quality in Australian Health Care Study. Med J Aust 2006; 164 (12): 754.

⁴³ Lopez Diana M (2008). Seguridad del Paciente en la Prestación de Servicios de Salud de Primer Nivel de Atención, Medellín p.48

⁴⁴ Ishikawa K (1986):”¿Que es el control total de la calidad?: La modalidad japonesa. Editorial Norma- Bogota

“Es una condición de implica la permanente disposición de la organización o empresa para ofrecer lo más grato y confiable de sus productos o servicios a los usuarios.”

“La garantía en una empresa de salud es el conjunto de mecanismos o acciones mediante las cuales se asegura la máxima eficacia de todos los procedimientos que busquen el mayor grado de bienestar del paciente o cliente y su completa satisfacción”.⁴⁵

Para lograr la garantía de calidad se necesita de:

- a. Planeación de la calidad.
- b. Control de la calidad.
- c. Aseguramiento de la calidad.
- d. Mejora de la calidad.
- e. Evaluación de la calidad.

Un Sistema que garantice la Calidad “tiene como objetivo proveer de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios. Y está integrado por cuatro componentes a saber: Habilitación,

⁴⁵ Lodoño Malagón (2006): Garantía de calidad en salud. Segunda edición Editorial Médica Panamericana Colombia Bogota p. 12

Auditoria, Acreditación y el Sistema de Información para la Calidad en Salud”.⁴⁶

Según estos conceptos, se puede resaltar la importancia de la ejecución de las diversas modalidades de auditoria de calidad ya que sus objetivos son asegurar que el sistema de calidad, si se ejecuta fielmente, refleje la situación de la calidad de la empresa a través de los resultados y la implementación de medidas correctoras y establecimiento de normas de vigilancia para garantizar el cumplimiento de las medidas adoptadas.^{47, 48}

c. Protección al asegurado

En el marco de la reforma de salud del Perú, se considera asegurado a toda aquella persona que recibe servicios de salud, esto bajo el concepto del “aseguramiento universal de salud”; por tanto el asegurado es la persona usuaria de los servicios de salud.

La orientación hacia el usuario, otorgarle prioridad máxima y gestionar los servicios con un enfoque centrado en el paciente, son claves para mejorar la calidad de los servicios de salud. Pero esta reorientación también

⁴⁶ Ministerio de Salud y Protección Social Gobierno de Colombia. (2006). Decreto 1011 de 2006: Manual de Habilitación de Servicios de Salud. Colombia.

⁴⁷ Juran J.M., Gryna F.M. Bingham R.S.(1990). Manual de Control de Calidad. Editorial McGraw edición Castellano- España.

⁴⁸ Varo Jaime (1994): Gestión estratégica de la calidad: un modelo de Gestión Hospitalaria. Editorial Diaz de Santos S. A. España p. 19.

proporciona nueva perspectiva con relación a los derechos que de ella derivan.

Considerando que el usuario es el experto con respecto a sus propias circunstancias y necesidades, este debe guiar todo aspecto de la prestación de servicios, desde la apertura de servicios clínicos hasta las técnicas de orientación y la toma de decisiones sobre su salud.⁴⁹

En esta línea, de centrar al usuario como fin primordial de la atención de salud, en los primeros meses del año 2015, se ha implementado el Sistema Nacional de Protección de los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud, que es administrado por la Superintendencia Nacional de Salud - SUSALUD. Gracias a este sistema, toda persona que se encuentre disconforme con la atención recibida, tiene derecho a ser escuchada y recibir respuesta, pudiendo presentar su reclamo ante las instancias competentes.

También se ha aprobado una normatividad referente a los derechos de los usuarios de servicios de salud, en la que las infracciones referidas a la protección de los derechos de

⁴⁹ Hernández Francisco, Coello Clicerio, Santacruz Javier. (2008). La protección al usuario de servicios de salud en el marco de los derechos humanos de cuarta generación. Revista CONAMED, Vol. 13, enero – marzo.

los usuarios en salud, así como la responsabilidad y las sanciones aplicables, están establecidas⁵⁰.

2.5. Evaluación de la gestión de calidad: Proceso de evaluación de riesgos

“La evaluación, es el proceso de seguimiento a todas y cada una de las actividades, planes, programas, momentos y eventos educativos que permitan interpretar el nivel de logro de los objetivos propuestos acordes con los principios filosóficos y políticas educativas que orientan la promoción y prevención”.⁵¹

La evaluación de la calidad es uno de los factores que conducen a la Garantía de Calidad, si se considera que como parte fundamental del proceso de salud mide no solamente los resultados o el impacto, sino el desenvolvimiento general del programa que comienza desde el planeamiento.

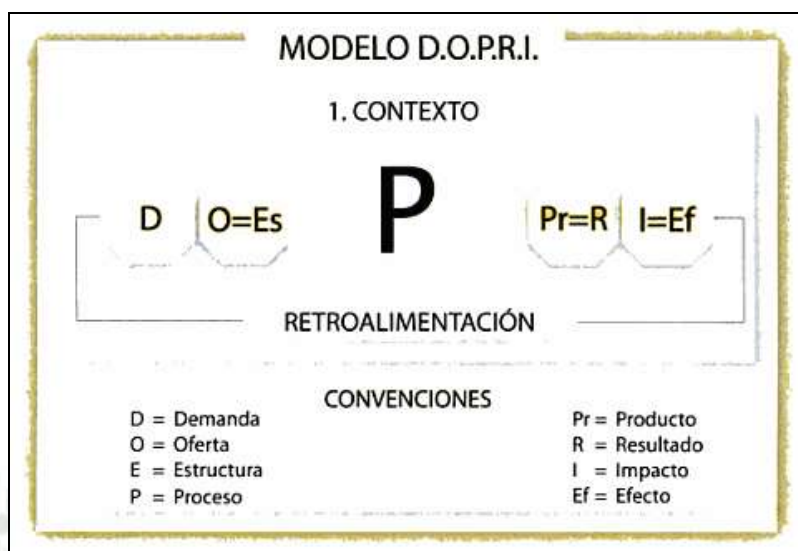
Se ha ideado numerosos protocolos de evaluación, no obstante para efectos prácticos se han utilizado clásicamente dos modelos el DOPRI y el DOFA que compendian lo que a grandes rasgos debe cubrir este propósito.

El Modelo DOPRI basado en el sistema de servicios, detallando las entradas, salidas y procesos.⁵²

⁵⁰ MINSA. (2015). Decreto Supremo N° 027-2015-SA: Reglamento de la Ley N° 29414, Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud.

⁵¹ Lodoño Malagón (2006): “Garantía de calidad en salud” segunda edición editorial medica panamericana Colombia Bogota p 210

⁵² Mora Jose. (2013). Guía metodológica para la gestión clínica por procesos. Ed. Diaz de Santos. Pp55-56.



Fuente: Mora Jose. (2013). Guía metodológica para la gestión clínica por procesos.

Y el modelo DOFA, también conocido como FODA, que analiza las Debilidades, Oportunidades, Fortalezas y Amenazas⁵³.



Fuente: Mora Jose. (2013). Guía metodológica para la gestión clínica por procesos.

⁵³ Mora Jose. (2013). Guía metodológica para la gestión clínica por procesos. Ed. Diaz de Santos. Pp57-58.

Ya que la evaluación de la calidad en el campo de la salud se puede hacer en los mismos términos que en otros sectores del servicio, excepto en lo referido a componentes científicos y técnicos, que conllevan criterios diferentes según la naturaleza de las prestaciones, se ha previsto un sistema de evaluación de la gestión de calidad, de acorde a las políticas implementadas en el marco de la reforma de la salud.

“En la actualidad, la acreditación es una metodología muy difundida para evaluar la calidad en salud y al mismo tiempo, una herramienta de gestión de procesos. Uno de los principales factores que lleva a las instituciones a buscar la acreditación es la existencia de estímulos concretos a los que pueden acceder en tanto estén acreditadas, tales como facilidades para la contratación, mejora en las condiciones que imponen las aseguradoras, entre otras. Sin embargo, la mayoría de los prestadores comparten la idea de que la política de estímulos debería incluir también algunos de tipo económico”.⁵⁴

Desde octubre del año 2014, se implementó el nuevo Modelo de Supervisión de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud en el Perú, que indica que la evaluación de la gestión de calidad se dará a través del Proceso de Evaluación de Riesgos en el siguiente orden:

a. Identificación del riesgo

⁵⁴ Henao Herrera Ana Cristina (2013) “Administración de Organizaciones de la Salud” Argentina

- b. Analizar el riesgo
- c. Evaluar del Riesgo
- d. Tratar el Riesgo

Para este proceso, el riesgo puede ser Bajo, Medio y Alto; para reducir el Riesgo se utiliza Tecnología, Procesos y personas.⁵⁵

Su evaluación se hace utilizando matrices, que evalúan el impacto legal, sobre la salud, económico, operacional y de imagen, brindándole una puntuación que determina el nivel de impacto; a este nivel se le debe añadir la probabilidad de ocurrencia del riesgo y así se obtiene el nivel de exposición al riesgo, que evaluará finalmente la gestión de calidad de un establecimiento de salud, según su nivel de resolución.

A continuación se presenta un ejemplo de esta matriz:

II. Gestión Sanitaria								
Verificador	Impacto Legal ²	Impacto sobre la salud del Asegurado ²	Impacto Económico ²	Impacto Operacional ²	Impacto de Imagen ²	Nivel de Impacto ²	Probabilidad de Ocurrencia del Riesgo ²	Nivel de exposición al Riesgo ²
R.1	3	3	2	2	3	3	2	6
R.2	3	3	3	3	3	3	3	9
R.3	3	3	3	3	3	3	2	6
R.4	3	3	3	3	3	3	3	9
R.5	3	3	2	3	2	3	2	6
R.6	3	3	3	3	3	3	2	6
R.7	3	3	3	3	3	3	3	9
R.8	3	3	3	3	3	3	3	9
R.9	3	3	3	3	3	3	3	9
R.10	3	3	3	3	3	3	3	9
R.11	3	3	3	3	3	3	3	9
R.12	3	3	3	3	2	3	3	9
R.13	2	3	3	3	3	3	3	9
R.14	3	3	3	2	2	3	3	9

Fuente: Intendencia de Supervision de IPRESS – SUSALUD. (2014). Modelo de Supervisión de prestadores de salud en base a cumplimiento normativo y gestión de riesgo operativo como medio para el mejoramiento continuo de la calidad en el marco de la Acreditación de la Calidad en Salud de las IPRESS.

⁵⁵ Intendencia de Supervision de IPRESS – SUSALUD. (2014). Modelo de Supervisión de prestadores de salud en base a cumplimiento normativo y gestión de riesgo operativo como medio para el mejoramiento continuo de la calidad en el marco de la Acreditacion de la Calidad en Salud de las IPRESS. Perú. p 25,27,28

3. Antecedentes investigativos

3.1 Herrera Perez Miguel Angel, “Calidad de la gerencia de servicios de salud en el primer nivel de la Red Asistencial de Essalud, Arequipa, 2014”. Este estudio tuvo como objetivo establecer las características de las funciones gerenciales (planificación, organización, dirección y control) y valorar la calidad de la gerencia de los centros de salud del primer nivel de la Red Asistencial de Essalud. Concluyó que en el 89% de las postas médicas, la función de planificación cumple con estándares positivos siendo la calidad gerencial medianamente satisfactoria y satisfactoria (Rango 2 y 1), mientras que agrupados en el 100% de las microrredes cumplen con los estándares positivos de esta función gerencial alcanzando una calidad medianamente satisfactoria (Rango 2). En el 94% de postas médicas la función de organización cumplió con los estándares positivos siendo una calidad gerencial medianamente satisfactoria y satisfactoria (Rango 2 y 1), mientras que agrupados en el 94% de las microrredes alcanzan una calidad medianamente satisfactoria (Rango2). En el 100% de postas médicas la función de dirección cumplió con los estándares positivos siendo una calidad gerencial medianamente satisfactoria y satisfactoria (Rango 2 y 1), mientras que el 100% de las microrredes alcanzan una calidad satisfactoria (Rango 1). En el 100% de postas médicas y microrredes la función de control cumplió con los

estándares positivos siendo una calidad gerencial medianamente satisfactoria y satisfactoria en su mayoría Rango 2 y 1. La calidad de la gerencia de los servicios de salud en el primer nivel de la Red Asistencial Essalud – Arequipa, se valora en forma global en el Rango 2, que es una calidad medianamente satisfactoria.⁵⁶

3.2 López Valencia Diana Milena, Ríos Villegas Sandra Milena, Vélez Escobar, “Seguridad del Paciente en la Prestación de Servicios de Salud de Primer Nivel de Atención, Medellín 2008”. Este trabajo revisó las condiciones de seguridad relacionadas con la atención en salud a los pacientes de las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) de primer nivel de complejidad. La monografía fue desarrollada en dos etapas: la primera realiza una búsqueda de información relacionada con la seguridad del paciente en la prestación de los servicios de salud, y la segunda propone la medición de las condiciones de seguridad del paciente y la construcción de guías de auto evaluación para ser aplicadas al cliente interno y a los usuarios de los servicios prestados por las IPS de primer nivel de atención. Los resultados obtenidos señalan que la seguridad del paciente en Colombia va de la mano con el sistema de garantía de la calidad en salud incentivado por políticas internacionales que definen los

⁵⁶ Herrera Perez Miguel Angel. (2014). Calidad de la gerencia de servicios de salud en el primer nivel de la Red Asistencial de Essalud, Arequipa. Tesis para optar el Grado de Magister en Gerencia en Salud

lineamientos en la unificación de criterios de procesos y procedimientos en la práctica clínica.⁵⁷

3.3 Guerra Herrera Ana Cristina, “Beneficios resultantes del proceso de acreditación en salud, Argentina, 2013”.

Concluyó que el Sistema Único de Acreditación es un componente del Sistema de Garantía de Calidad, dirigido a Instituciones Prestadoras de Salud (IPS), Empresas Promotoras de Salud (EPS), Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS), Entidades Adaptadas de Salud (EAS) y Empresas de Medicina Prepagada que voluntariamente quieran demostrar el cumplimiento de altos niveles de calidad. Es una metodología de mejoramiento continuo de la calidad basada en cuatro ejes centrales: seguridad del paciente, humanización de la atención, gestión de la tecnología y enfoque del riesgo. Algunos factores que llevan a las instituciones a buscar la acreditación es la existencia de estímulos concretos, que pueden brindarse como: facilidades para la contratación, mejora en las condiciones que imponen las aseguradoras, reducción en los aranceles de importación, entre otros. Por otro lado, la acreditación basada en la gestión de calidad es un poderoso impulsador del mejoramiento continuo, fomenta una adecuada cultura organizacional envolviendo a todo el personal de la organización en el desarrollo de esta metodología, fomenta la satisfacción del

⁵⁷López D. Seguridad del Paciente en la Prestación de Servicios de Salud de Primer Nivel de Atención, Medellín. . Monografía para optar el Título de Auditor en Salud. Medellín, Colombia. Universidad de Antioquia; 2008

usuario y la obtención de mejores resultados de salud confluendo en el prestigio institucional.⁵⁸

4 Objetivos

- 4.1** Describir la forma como se presenta la seguridad de atención de los usuarios en el Puesto de Salud Bahía Blanca.
- 4.2** Describir la forma como se presenta la garantía de calidad que se ofrece a los usuarios en el Puesto de Salud Bahía Blanca.
- 4.3** Detallar la forma como se presenta la protección del asegurado en el Puesto de Salud Bahía Blanca.
- 4.4** Precisar la gestión de calidad del Puesto de Salud Bahía Blanca.

5 Hipótesis

No se requiere por tratarse de un estudio descriptivo.

⁵⁸ Guerra Herrera Ana Cristina. (2013). Beneficios resultantes del proceso de acreditación en salud, Argentina, 2013. Tesis para optar el grado de Magister en Economía de la Salud y Administración de Organizaciones de Salud. Universidad Nacional de la Plata. Argentina.

III. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. Técnicas e Instrumentos

1.1. Técnica: Se empleará la técnica de la observación documental.

1.2. Instrumento: Se empleará una Ficha de Observación y también una Lista de Chequeo, para la supervisión integral de la acreditación de calidad de SUSALUD en los componentes Seguridad de la Atención, Garantía de Calidad y Protección al Asegurado. El instrumento para la evaluación de IPRESS del primer nivel de atención fue aprobada en marzo del 2015, pero se viene implementado desde finales del año 2014 en el marco de la reforma en salud, para la evaluación de la calidad de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) con enfoque de riesgo por SUSALUD.

Los aspectos contenidos en los componentes a través de cada verificador y su lista de chequeo respectiva, corresponden a las actividades técnico administrativas y técnico asistenciales o sanitarias que deben cumplirse en cada establecimiento de salud a fin de lograr los resultados y objetivos sanitarios que permitan mejorar las condiciones de salud de la población, conforme al marco normativo del Ministerio de Salud y del Aseguramiento Universal en Salud.

Se evalúa cada aspecto con 1, ES CONFORME, 2; NO ES CONFORME y 3 NO APLICA.

Una vez concluida la supervisión de campo y aplicado el instrumento se realizará la valoración cuantitativa en base al puntaje total alcanzado como CONFORME, en cada componente y se comparará con el puntaje ideal, a fin de valorar el desempeño por componente:

- Mayor al 80% del total: Bajo Riesgo
- Entre 60% y menos del 80% del total: Mediano Riesgo
- Menor al 60% del total: Alto Riesgo



1.3 Cuadro de Coherencias:

Indicador	Sub indicador	Verificador del Instrumento ⁵⁹	
I. Seguridad de la atención	1. Conservación de infraestructura e higiene.	I.1	La planta física, las instalaciones y el equipamiento de los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo deben mantenerse en buenas condiciones de conservación de higiene y funcionamiento.
	2. Desarrollo de un sistema de gestión de eventos adversos.	I.2	Ha desarrollado un sistema de gestión de eventos adversos. Lista de Chequeo N° 01.
	3. Implementación de los registros y notificación de accidentes de trabajo del personal de salud.	I.3	Ha implementado los registros y notificación de accidentes de trabajo del personal de salud.
	4. Uso de un formato de consentimiento informado para todos los procedimientos invasivos.	I.4	Utilizan un formato de consentimiento informado para todos los procedimientos invasivos.
	5. Uso de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía implementada y registrada.	I.5	Se cuenta con Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía implementada y registrada.
	6. Delimitación y respeto de las zonas rígidas y semi rígidas para la circulación de camillas.	I.6	Están delimitadas y se respetan las zonas rígidas y semi rígidas para la circulación de camillas, personal y trasbordo de pacientes en centro quirúrgico.
	7. Cumplimiento de los procedimientos establecidos para garantizar la operatividad de la Cadena de Frío.	I.7	Se cumple con los procedimientos establecidos para garantizar la operatividad de la Cadena de Frío. Lista de Chequeo N° 02.
	8. Cumplimiento del plan anual de mantenimiento preventivo de equipos biomédicos.	I.8	Evidencias de cumplimiento del plan anual de mantenimiento preventivo de equipos biomédicos.
	9. Gestión de almacén especializado de medicamentos.	I.9	El establecimiento de salud realiza una adecuada gestión de stocks y abastecimiento en el Almacén Especializado de Medicamentos y en los servicios de farmacia. Lista de Chequeo N° 03.
	10. Cumplimiento de los requisitos de protección radiológica.	I.10	Se cumple los requisitos de protección radiológica en el servicio de radiología. Lista de Chequeo N° 04.

⁵⁹ Instituto Nacional de Salud. La Acreditación en Calidad en Salud y la mejora continua de la IPRESS en el marco de la Supervisión de SUSALUD.(Internet). 2014 (Citado el 06 de Agosto del 2015)
Disponibile en:
http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/0/jer/2014_octubre_eventos/Ponencia%2004%20GC%20en%20Lb.%20Clinicos.pdf

II. Garantía de calidad	1. Ejecución del Plan Anual de Auditoría	II.1	Cuentan con Plan Anual de Auditoría que incluye la auditoría de historias clínicas para el año en curso.
	2. Actividad del Comité de Auditoría de la Calidad de la Atención	II.2	Cuentan con Comités de Auditoría de la Calidad de la Atención (central y/o periférico) y se evidencia que se reúnen periódicamente para el desarrollo de sus actividades.
	3. Reporte de hallazgos de auditoría de la calidad del registro.	II.3	Reportes de hallazgos de Auditoría de la Calidad del Registro.
	4. Reporte de hallazgos de auditoría para evaluar la calidad de la atención a través de la historia clínica	II.4	Reportes de hallazgos de Auditoría para Evaluar la Calidad de la Atención a través de la historia clínica.
	5. Evaluación de adherencia al uso de las guías de práctica clínica (GPC).	II.5	Evaluación de Adherencia al Uso de las Guías de Práctica Clínica (GPC).
	6. Realización de auditorías de caso.	II.6	Evidencia de realización de Auditorías de Caso.
	7. Ejecución de proyectos de mejora continua de la calidad	II.7	Se evidencia la existencia de proyectos de mejora continua de la calidad basados en el análisis de los resultados de las mediciones realizadas.
III. Protección del Asegurado	1. Implementación de mecanismo que permiten recoger las sugerencias, quejas y reclamos	III.1	El establecimiento cuenta con mecanismo que permiten recoger las sugerencias, quejas y reclamos de los usuarios, así como verificar la permanente evaluación y solución de los mismos.
	2. Uso de Libro de Reclamaciones físico o virtual	III.2	Cuenta con un Libro de Reclamaciones físico o virtual, ubicado en un lugar visible y de fácil acceso al público usuario.
	3. Socialización al usuario del procedimiento de atención de reclamos y quejas.	III.3	Figura en lugar visible para los usuarios el procedimiento de atención de reclamos y quejas.
	4. Cuenta con personal responsable clasifica los reclamos y quejas	III.4	El personal responsable clasifica los reclamos y quejas conforme a la naturaleza de las mismas y a norma establecida.
	5. Soluciona y reporta casos a las IAFAS respectivas, en menos de 3 meses	III.5	Los casos solucionados de hace 3 meses han sido reportados a la IAFAS respectiva, conforme a norma.
	6. Cuenta con archivo de los reclamos presentados y respuesta dentro de los plazos establecidos.	III.6	Archivo de los reclamos presentados (considerando su gestión) y respuesta dentro de los plazos establecidos.
	7. Evalúa la calidad del servicio a través de la medición del nivel de satisfacción del asegurado.	III.7	Se evalúa la calidad del servicio a través de la medición del nivel de satisfacción del asegurado.
	8. Analiza los resultados de las encuestas de satisfacción e implementación de medidas correctivas que resulten necesarias.	III.8	Análisis de resultados de las encuestas de satisfacción e implementación de medidas correctivas que resulten necesarias.



PLAN DE SUPERVISIÓN N°: 1
ESTABLECIMIENTO: Puesto de Salud Bahía Blanca
DIRECCIÓN:
DISA / DIRESA / GERESA: DIRESA Callao
UNIDAD EJECUTORA:
FECHA:

N°	CÓD.	VERIFICADOR / ÍTEM DE LISTA DE CHEQUEO	DIRECCIÓN Y ADMINISTRACIÓN	CONSULTA EXTERNA	EMERGENCIA	PATOLOGÍA CLÍNICA	ANATOMÍA PATOLÓGICA	FARMACIA	CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN	EVIDENCIA	OBSERVACIONES	NORMA LEGAL
I. SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN												
1	I.1	La planta física, las instalaciones y el equipamiento de los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo deben mantenerse en buenas condiciones de conservación de higiene y funcionamiento. ⁶⁰	1	1	1	1	1	2	1	R.D. N° 089-2016 GRC /DIRESA/ DG “ Plan multianual de mantenimiento de la infraestructura y el equipamiento de los establecimientos de salud de la DIRESA Callao para el	Planta física nueva creada en marzo del 2015.Intalaciones son limpiadas dos veces al día, una vez por turno. Consulta externa de odontología no	DS N°013-2006-SA Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo; Artículos 12° y 29° ⁶¹ .

60 Instituto Nacional de Salud. La Acreditación en Calidad en Salud y la mejora continua de la IPRESS en el marco de la Supervisión de SUSALUD. (Internet). 2014 (Citado el 06 de Agosto del 2015) Disponible en: <http://www.ins.gob.pe/repositorioaaps/01/01er/2014 octubre eventos/Ponencia%2004%20GC%20en%20Lb.%20Clinicos.pdf>

⁶¹ DS N°013-2006-SA Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo; Artículos 12° y 29°.

										periodo 2016-2018"	funciona el equipo de rayos x. Mantenimiento de instalaciones exteriores. Pintura dos veces al año.	
2	I.2	Ha desarrollado un sistema de gestión de eventos adversos. Lista de Chequeo N° 01.	2	1	2	2	2	2	2	No hay evidencia	El Servicio de Enfermería cuenta con Plan de Eventos adversos, otros servicios y el establecimiento no cuentan con el plan	DS N°013-2006-SA Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo; Artículos 9° y 98° ⁶² . RM N°519-2006/MINSA Sistema de Gestión de la Calidad en Salud. RM N°676-2006/MINSA Plan Nacional para la Seguridad del Paciente 2006-2008; VII.- Actividades. RM N°386-2006-MINSA NTS N°042-MINSA-DGSP-V.01 Servicio de Emergencia; Disposiciones Generales, De la Organización y Funcionamiento, Documentos de Gestión.
3	I.3	Ha implementado los registros y notificación de accidentes de trabajo del personal de salud.	1	2	2	2	2	2	2	Directiva N° 002- 2016-grc/ DIRESA/DESA / DE PAYSO / SO." Procedimiento para el registro y notificación de los accidentes de trabajo que son atendidos por los establecimientos de salud de la DIRESA"	Se realiza un informe de notificación de accidentes de trabajo a cargo del médico y envían al trabajador al SCTR. Realizan informes mensuales.	Ley N°29783 Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo; Artículos 87°, 88° y 89° ⁶³ . D.S N° 005-2012-TR, Reglamento de la Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo; Artículos 110° y 112° ⁶⁴ .
4	I.4	Utilizan un formato de consentimiento informado para todos los procedimientos invasivos.	3	3	3	3	1	3	3	Formato de consentimiento informado	Se utiliza consentimiento informado para el único procedimiento invasivo en Colposcopia, este no es un servicio es un programa que finaliza sus actividades en un	DS N°013-2006-SA Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo; Artículos 60° y 132° ⁶⁵ . RM N°597-2006-MINSA NTS N°022-MINSA-DGSP-V.02 Gestión de La Historia Clínica; Definiciones, Estructura de la Historia Clínica y Formato de Consentimiento Informado ⁶⁶ .

⁶² DS N°013-2006-SA Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo; Artículos 9° y 98°

⁶³ Ley N°29783 Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo; Artículos 87°, 88° y 89°.

⁶⁴ D.S N° 005-2012-TR, Reglamento de la Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo; Artículos 110° y 112°.

⁶⁵ DS N°013-2006-SA Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo; Artículos 60° y 132°.

⁶⁶ RM N°597-2006-MINSA NTS N°022-MINSA-DGSP-V.02 Gestión de La Historia Clínica; Definiciones, Estructura de la Historia Clínica y Formato de Consentimiento Informado.

												periodo de tiempo.	
5	I.5	Se cuenta con Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía implementada y registrada.	3	3	3	3	3	3	3	3	NO CORRESPONDE		RM N°1021-2010/MINSA Guía Técnica de Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía ⁶⁷ .
6	I.6	Están delimitadas y se respetan las zonas rígidas y semi rígidas para la circulación de camillas, personal y trasbordo de pacientes en centro quirúrgico.	3	3	3	3	3	3	3	3	NO CORRESPONDE		RM N°482-1996-SA/DM Normas Técnicas para Proyectos de Arquitectura Hospitalaria. Norma de Referencia, Aplicable al Sector Público.
7	I.7	Se cumple con los procedimientos establecidos para garantizar la operatividad de la Cadena de Frío. Lista de Chequeo N° 02.	3	1	3	3	3	3	3	3	Inventario de cadena de frío. Plan Operativo Anual que incluye al Plan de Contingencia.	Según la lista de chequeo cumple con 3 de 5 ítems. No cumple con la capacidad permitida de 50% y excede este límite.	RM N°600-2007/MINSA, NTS N°058-MINSA-DGSP-V.01, Norma Técnica de Salud para el Manejo de la Cadena de Frío en las Inmunizaciones. Numeral 3.1, 3.3.4, 4 y Anexo N° 06
8	I.8	Evidencias de cumplimiento del plan anual de mantenimiento preventivo de equipos biomédicos ⁶⁸ .	3	2	2	2	2	2	2	2	R.D. N° 089 – 2016 DIRESA /DG “Plan de mantenimiento del equipamiento biomédico y electromecánico de la DIRESA Callao”	La DIRESA Callao no facilita un cronograma para el mantenimiento preventivo de los equipos si realiza un mantenimiento correctivo.	DS N°013-2006-SA Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo; Artículos 32° y 37° literales d) y h) respectivamente.

⁶⁷ RM N°1021-2010/MINSA Guía Técnica de Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía

⁶⁸ Instituto Nacional de Salud. La Acreditación en Calidad en Salud y la mejora continua de la IPRESS en el marco de la Supervisión de SUSALUD.(Internet). 2014 (Citado el 06 de Agosto del 2015) Disponible en: http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/0/er/2014_octubre_eventos/Ponencia%2004%20GC%20en%20Lb.%20Clinicos.pdf

9	I.9	El establecimiento de salud realiza una adecuada gestión de stocks y abastecimiento en el Almacén Especializado de Medicamentos y en los servicios de farmacia. Lista de Chequeo N° 03.	3	3	3	3	3	2	3	R.D. N° 501-2016-GRC/DIRESA/ DG. "Plan Regional de las buenas práctica de almacenamiento año 2016" 1.2 Dirección de acceso y uso racional de medicamentos. 1.2.1 Almacén Especializado DIRESA Callao.	En el área de farmacia se cumple con las disposiciones sin embargo en almacén carecen de parihuelas y hay cajas de medicamentos en el suelo. Informe de petición de parihuelas no son tomados en cuenta.	Ley N°26842 Ley General de Salud; Capítulo III De los Productos Farmacéuticos y Galénicos y de los Recursos Terapéuticos Naturales, Artículos 55° y 56° ⁶⁹ . RM N°585-1999-SA/DM Manual de Buenas Prácticas de Almacenamiento. RM N°1753-2002-SA/DM Directiva del Sistema Integrado de Suministro de Medicamentos e Insumos Médico Quirúrgicos - SISMED. RM N°367-2005-MINSA Modificatoria de la Directiva del Sistema Integrado de Suministro de Medicamentos e Insumos Médico Quirúrgicos - SISMED. RM N° 599-2012/MINSA, aprobó el Documento Técnico: "Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales para el Sector Salud", numerales 6.2 y 6.3
10	I.10	Se cumple los requisitos de protección radiológica en el servicio de radiología, Lista de Chequeo N° 04.	3	2	3	3	3	3	3	No hay evidencia	No es UPS de radiología es UPS del Servicio de odontología. Según Lista de chequeo se cumple con 1 de 5 ítems.	DS N°013-2006-SA, Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo; Artículo 31°. RP N°150-12-IPEN/PRES Norma Técnica IR.003.2012 Requisitos de Protección Radiológica en Diagnóstico Médico con Rayos X; numeral 4,5 y Anexos N°s I, II, III y V ⁷⁰ .

⁶⁹ Ley N°26842 Ley General de Salud; Capítulo III De los Productos Farmacéuticos y Galénicos y de los Recursos Terapéuticos Naturales, Artículos 55° y 56°

⁷⁰ DS N°013-2006-SA, Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo; Artículo 31°. RP N°150-12-IPEN/PRES Norma Técnica IR.003.2012 Requisitos de Protección Radiológica en Diagnóstico Médico con Rayos X; numeral 4,5 y Anexos N°s I, II, III y V.

5	II.5	Evaluación de Adherencia al Uso de las Guías de Práctica Clínica (GPC ⁷³).	2	3	3	3	3	3	3	3	No hay evidencia	No es evaluada	RM N°519-2006-MINSA Sistema de Gestión de la Calidad en Salud. RM N°601-2007-MINSA Plan de Implementación de la Norma Técnica de Auditoría de la Calidad en Salud. RM N°456-2007/MINSA NT N°050-DGSP.V.02 Norma de Acreditación. RM N°422-2005/MINSA NT N°027-DGSP-V.01 Elaboración de Guías de Práctica Clínica.
6	II.6	Evidencia de realización de Auditorías de Caso.	3	3	3	3	3	3	3	3	No hay evidencia	No se realizaron auditorías de caso.	RM N°474-2005-MINSA NT N°029-MINSA-DGSP-V.01 Auditoría de la Calidad de Atención en Salud. RM N°601-2007-MINSA Plan de Implementación de la Norma Técnica de Auditoría de la Calidad en Salud; Objetivos Intermedios 2 y 3 ⁷⁴ . RM N°889-2007-MINSA Directiva Administrativa para el Proceso de Auditoría de Caso.
7	II.7	Se evidencia la existencia de proyectos de mejora continua de la calidad basados en el análisis de los resultados de las mediciones realizadas.	2	3	3	3	3	3	3	3	R.D. N° 348- 2016 – GRC/ DIRESA/ DG “Plan Regional de Gestión de Calidad de Salud DIRESA- 2016. Contiene: Plan de mejora continua de la calidad.	No hay mejora de proceso en el nivel primario de atención, no se implementan proyectos de mejora.	RM N°095-2012/MINSA Guía para la Elaboración de Proyectos de Mejora y la Aplicación de Técnicas y Herramientas para la Gestión de la Calidad.

⁷³ Instituto Nacional de Salud. La Acreditación en Calidad en Salud y la mejora continua de la IPRESS en el marco de la Supervisión de SUSALUD. (Internet). 2014 (Citado el 06 de Agosto del 2015) Disponible en: http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/0/0/2014_octubre_eventos/Ponencia%2004%20GC%20en%20Lb.%20Clinicos.pdf

⁷⁴ RM N°474-2005-MINSA NT N°029-MINSA-DGSP-V.01 Auditoría de la Calidad de Atención en Salud. RM N°601-2007-MINSA Plan de Implementación de la Norma Técnica de Auditoría de la Calidad en Salud; Objetivos Intermedios 2 y 3

III. Protección al asegurado

1	III.1	El establecimiento cuenta con mecanismo que permiten recoger las sugerencias, quejas y reclamos de los usuarios, así como verificar la permanente evaluación y solución de los mismos.	1	3	3	3	3	3	3	3	Informe N° 104. 2016 GRC/DIRESA/DRS/MSP/ CSBB Evidencia física buzón de Quejas y sugerencias, Libro de reclamaciones.	El buzón es visible se encuentra al lado del servicio de farmacia, el libro de reclamaciones se encuentra en el mismo servicio a disposición de los pacientes. Se evalúa mensualmente y se realiza un informe.	DS N°013-2006-SA Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo; Artículo 37° inciso c) ⁷⁵ .
2	III.2	Cuenta con un Libro de Reclamaciones físico o virtual, ubicado en un lugar visible y de fácil acceso al público usuario.	1	3	3	3	3	3	3	3	Evidencia física de libro de reclamaciones	Si cuenta con Libro de reclamaciones en el primer piso en servicio de farmacia cerca al buzón de sugerencias.	DS N°042-2011-PCM Establece la Obligación de las Entidades del Sector Público de contar con un Libro de Reclamaciones; Artículo 3°.
3	III.3	Figura en lugar visible para los usuarios el procedimiento de atención de reclamos y quejas.	2	3	3	3	3	3	3	3	No hay evidencia	No tiene flujograma de procedimiento de quejas y reclamos.	DS N°013-2006-SA Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo; Artículo 109°: Recepción de Quejas.
4	III.4	El personal responsable clasifica los reclamos y quejas conforme a la naturaleza de las mismas y a norma establecida.	2	3	3	3	3	3	3	3	Legajo común de casos de quejas y reclamos.	No existe clasificación de quejas y reclamos.	RS N°160-2011-SUNASA/CD Reglamento General para la Atención de los Reclamos y Quejas de Usuarios de las IAFAS e IPRESS; Artículo 12° y Anexo 1.
5	III.5	Los casos solucionados de hace 3 meses han sido reportados a la IAFAS respectiva, conforme a norma ⁷⁶ .	1	3	3	3	3	3	3	3	Informe N° 105. 2016 GRC/DIRESA/DRS/MSP/ CSBB de reporte mensual a la IAFA correspondiente.	Se realiza un informe mensualmente de mecanismos de escucha al usuario externo.	RS N°160-2011-SUNASA/CD Reglamento General para la Atención de los Reclamos y Quejas de Usuarios de las IAFAS e IPRESS; Artículos 40° y 41°.
6	III.6	Archivo de los reclamos presentados (considerando su gestión) y respuesta dentro de los plazos establecidos.	2	3	3	3	3	3	3	3	Plan de gestión de Calidad DIRESA .Ventanilla R:D: N° 395-2015-GRC/DIRESA/DG	No existen legajos para cada caso, solo un portafolio para todos los casos.	DS N°013-2006-SA Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo; Artículo 99° literal e).

⁷⁵ DS N°013-2006-SA Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo; Artículo 37° inciso c)

⁷⁶ Instituto Nacional de Salud. La Acreditación en Calidad en Salud y la mejora continua de la IPRESS en el marco de la Supervisión de SUSALUD.(Internet). 2014 (Citado el 06 de Agosto del 2015) Disponible en: http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/0/er/2014_octubre_eventos/Ponencia%2004%20GC%20en%20Lb.%20Clinicos.pdf

7	III.7	Se evalúa la calidad del servicio a través de la medición del nivel de satisfacción del asegurado ⁷⁷ .	1	3	3	3	3	3	3	3	No hay evidencia	En 2015 se realizó una encuesta de satisfacción al usuario externo a cargo de la DIRESA Callao.	RM N°527-2011/MINSA Guía Técnica para la Evaluación de la Satisfacción del Usuario Externo en los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo. RM N°095-2012/MINSA Guía para la Elaboración de Proyectos de Mejora y la Aplicación de Técnicas y Herramientas para la Gestión de la Calidad.
8	III.8	Análisis de resultados de las encuestas de satisfacción e implementación de medidas correctivas que resulten necesarias ⁷⁸ .	2	3	3	3	3	3	3	3	No hay evidencia.	No se devolvieron los resultados de las encuestas de satisfacción externa, no se tomaron medidas correctivas.	DS N°013-2006-SA Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo; Artículo 99°: Actividades o Procesos de Evaluación literal e). RM N°095-2012/MINSA Guía para la Elaboración de Proyectos de Mejora y la Aplicación de Técnicas y Herramientas para la Gestión de la Calidad ⁷⁹ .

⁷⁷ Instituto Nacional de Salud. La Acreditación en Calidad en Salud y la mejora continua de la IPRESS en el marco de la Supervisión de SUSALUD. (Internet). 2014 (Citado el 06 de Agosto del 2015) Disponible en: http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/0/er/2014_octubre_eventos/Ponencia%2004%20GC%20en%20Lb.%20Clinicos.pdf

⁷⁹ RM N°095-2012/MINSA Guía para la Elaboración de Proyectos de Mejora y la Aplicación de Técnicas y Herramientas para la Gestión de la Calidad

LISTA DE CHEQUEO N° 01

GESTION DE EVENTOS ADVERSOS

N°	ITEMS	VALOR	OBSERVACIONES
1	Cuenta con registro de eventos adversos en los servicios priorizados (ESAVIS, Infecciones Intrahospitalarias, Reacciones Adversas Medicamentosas)	1	El servicio de enfermería si tiene registro de eventos adversos, el área de PCT tiene registro con código Y- 411 a eventos adversos frente a fármacos antituberculosos.
2	Cuenta con Plan de Seguridad del Paciente del establecimiento	2	No cuenta con Plan de Seguridad del Paciente del establecimiento
3	Cuenta con reportes, análisis y medidas correctivas sobre la información de eventos adversos	2	No se realizan reportes ni medidas correctivas.
4	Se conoce y aplica la Técnica de Lavado de Manos en el personal asistencial	2	Se evaluó al personal y todos conocen la técnica de lavado de manos, sin embargo no la aplican correctamente debido a la ausencia de insumo papel toalla.
5	Verificar que los medicamentos estén rotulados y diferenciados por paciente en la estación de enfermería de Hospitalización	3	No corresponde

LISTA DE CHEQUEO N° 02

OPERATIVIDAD DE LA CADENA DE FRÍO

N°	ITEMS	NORMATIVA ESPECIFICA	VALOR	OBSERVACIONES
1	Se cuenta con inventario de equipos frigoríficos y componentes, los cuales se encuentran operativos.	RM N°600-2007/MINSA, NTS N°058-MINSA-DGSP-V.01, Norma Técnica de Salud para el Manejo de la Cadena de Frío en las Inmunizaciones. Anexo N° 06	2	Si cuenta con inventario, sin embargo hay dos equipos no IceLine que no están operativos.
2	En todos los equipos frigoríficos el volumen útil para el almacenamiento de las vacunas es el 50% de la capacidad interna del gabinete de refrigeración	RM N°600-2007/MINSA, NTS N°058-MINSA-DGSP-V.01, Norma Técnica de Salud para el Manejo de la Cadena de Frío en las Inmunizaciones. Numeral 3.1	2	Debido al FED llegaron vacunas de Neumococo y Rotavirus que hacen que la capacidad exceda el 50 %.
3	El personal de salud conoce los procedimientos para mantener la cadena de frío en caso de interrupción de fluido eléctrico, falta de capacidad de almacenamiento y por falla imprevista del equipo.	RM N°600-2007/MINSA, NTS N°058-MINSA-DGSP-V.01, Norma Técnica de Salud para el Manejo de la Cadena de Frío en las Inmunizaciones. Anexo N° 06	1	Tiene plan de contingencia dentro de su Plan Operativo Anual adecuado por el servicio de enfermería y otro de la Red.
4	Se evidencia hoja de control del registro diario de la temperatura actualizado en cada equipo frigorífico	RM N°600-2007/MINSA, NTS N°058-MINSA-DGSP-V.01, Norma Técnica de Salud para el Manejo de la Cadena de Frío en las Inmunizaciones. Numeral 3.3.4	1	Si se evidencia hojas de control en cada equipo 1 refrigeradora y 1 congeladora.
5	Se dispone de termómetros suficientes para las refrigeradoras, termos y cajas térmicas así como de paquetes fríos con contenido de agua.	RM N°600-2007/MINSA, NTS N°058-MINSA-DGSP-V.01, Norma Técnica de Salud para el Manejo de la Cadena de Frío en las Inmunizaciones. Numeral 4 ⁸⁰	1	Tiene 10 termómetros según inventario de cadena de frío

⁸⁰ RM N°600-2007/MINSA, NTS N°058-MINSA-DGSP-V.01, Norma Técnica de Salud para el Manejo de la Cadena de Frío en las Inmunizaciones. Numeral 4

LISTA DE CHEQUEO N° 03

GESTION DE STOCKS EN EL ALMACEN ESPECIALIZADO DE MEDICAMENTOS Y EN LOS SERVICIOS DE FARMACIA

N°	ITEMS	VALOR	OBSERVACIONES
1	El ES garantiza la conservación de los productos farmacéuticos, sanitarios y dispositivos médicos en el marco de las BPA en las áreas de almacén especializado de medicamentos, de dispensación/ expendio de farmacia y otra dependientes de farmacia donde se almacene.	2	Si se cuenta con anaqueles y kardex sin embargo no hay parihuelas en el almacén y se encuentran algunas cajas de medicamentos en el piso.
2	Farmacia ha implementado el procedimiento para control de inventarios, monitoreo de existencias de productos farmacéuticos, sanitarios y dispositivos médicos en todos los servicios que cuenten con stocks de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios.	1	Si existe un sistema de control de inventarios a cargo la Microrred de manera bimensual.
3	Farmacia ha implementado el procedimiento para la rotación de stocks y productos próximos a vencer en el establecimiento de salud.	1	Si existe la rotación de medicamentos de manera interna entre centros de salud de la red.
4	El ES ha dispuesto la baja respectiva para los productos farmacéuticos, sanitarios y dispositivos médicos vencidos, deteriorados, sustraídos y robados.	1	Los medicamentos vencidos se disponen anualmente en el mes de Enero con un informe a las DIRESA Callao y una papeleta de baja.
5	El ES gestiona el abastecimiento oportuno de los productos farmacéuticos, sanitarios y dispositivos médicos según el Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales vigente y para su categoría y nivel de atención ⁸¹ .	3	No corresponde

⁸¹ Instituto Nacional de Salud. La Acreditación en Calidad en Salud y la mejora continua de la IPRESS en el marco de la Supervisión de SUSALUD. 2014

LISTA DE CHEQUEO N° 04

REQUISITOS EN SEGURIDAD RADIOLÓGICA

N°	ITEMS	VALOR	OBSERVACIONES
1	Licencia de Operación por equipo	2	La licencia se encuentra en trámite.
2	Licencia Individual por Operador	1	Los tres operadores tienen licencia del IPEN
3	Dosímetro Personal visible durante procedimiento tanto en el establecimiento como en otro(mismo)	3	No corresponde.
4	Aplica medidas de protección radiológica para el paciente, operador y ambiente del establecimiento de salud	2	Existe protección al paciente con chaleco de plomo y al operador de igual manera, sin embargo el ambiente no es el adecuado debido a que está en el servicio sin paredes de protección para los Rayos X.
5	Cuenta con Programa de Protección Radiológica y Garantía de Calidad	2	No tiene programa.

2. Campo de verificación

2.1. Ubicación espacial: La presente investigación se realizará en el Puesto de Salud Bahía Blanca, Microrred Pachacútec, Red Ventanilla, Callao.

2.2. Ubicación temporal: El estudio se realizará en forma prospectiva durante el año 2016.

2.3. Unidades de estudio: Documentos de gestión, libros de actas de reuniones, informes, reportes y ambientes físicos.

3. Estrategia de Recolección de datos

3.1. Organización

- Se solicitará autorización para la ejecución del proyecto de investigación a la Dirección Regional de Salud Callao.
- Se revisarán los registros de actividades de gestión del Puesto de Salud Bahía Blanca en todos los niveles: libro de reclamaciones, comités de auditoría, reportes estadísticos, libros de actas de reuniones de comités y otros, así mismo se visitarán las instalaciones físicas para identificar el cumplimiento de los indicadores de calidad evaluados.
- Los datos serán organizados en una base de datos para su posterior interpretación y análisis.

3.2. Recursos

3.2.1. Humanos: La investigadora y el Asesor

3.2.2. Materiales

- De escritorio
- Computadora personal con programas de procesamiento de textos y bases de datos

3.2.3. Financieros: Autofinanciado

3.3. Validación del instrumento

Se trata de un instrumento validado y utilizado a partir del año 2014 por SUSALUD. Aprobado por Resolución de Superintendencia N° 007/2015.

3.4. Criterios para manejo de resultados

Se empleará estadística descriptiva para el análisis de datos se empleará la hoja de cálculo de Excel 2010.

IV. Cronograma de Trabajo

Actividades	Abril 16				Mayo 16				Junio 16			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1. Recolección de Datos												
2. Estructuración de Resultados												
3. Informe final												

BIBLIOGRAFÍA

1. Alvares Heredia Francisco. (2007). Calidad y Auditoria en Salud. ECOE ediciones 2da Edicion Colombia Bogota p 185,186
2. Alvarez Ivarola José María (2006): Introducción a la calidad aproximación a los sistemas de gestión y herramientas de calidad. Editorial Ideaspropias P 23,24 España
3. Arias Coelo Alicia (2013). Gestión de la Calidad: Conceptos básicos. Facultad de Ciencias de la Documentación, Universidad Complutense de Madrid, España. Disponible en: <http://pendiente-demigracion.ucm.es/centros/cont/descargas/documento10123.pdf>
4. Cabo Javier Salvador (2014). Gestión de la calidad en las organizaciones sanitarias. Ed. Diaz de Santos. Madrid.
5. Clínica Arequipa (2016). Programa de Calidad de la Clínica Arequipa. <http://www.clinicarequipa.com.pe/sig.php>
6. Conferencia Sanitaria Panamericana - Sesión Del Comité Regional Washington, D.C. Política y estrategia regional para la garantía de la calidad de la atención sanitaria, incluyendo la seguridad del paciente. (2007) Citado el 29 de Junio del 2016) Disponible en : <http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Calidad%20y%20seguridad%20del%20paciente.pdf>
7. Dirección General de Evaluación del Desempeño Dirección de Evaluación de los Servicios de Salud (2006). Manual de Indicadores de Servicios de Salud. Mexico pag 3-4.

8. DS N°013-2006-SA Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo; Artículo 37° inciso c)
9. DS N°013-2006-SA Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo; Artículos 12° y 29°.
10. DS N°013-2006-SA Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo; Artículos 9° y 98
11. Ley N°29783 Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo; Artículos 87°, 88° y 89°.
12. D.S N° 005-2012-TR, Reglamento de la Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo; Artículos 110° y 112.
13. DS N°013-2006-SA Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo; Artículos 60° y 132°.
14. DS N°013-2006-SA Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo; Artículo 107°. RM N°474-2005-MINSA NT N°029-MINSA-DGSP-V.01 Auditoría de la Calidad de Atención en Salud
15. DS N°013-2006-SA, Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo; Artículo 31°. RP N°150-12-IPEN/PRES Norma Técnica IR.003.2012 Requisitos de Protección Radiológica en Diagnóstico Médico con Rayos X; numeral 4,5 y Anexos N°s I, II, III y V.
16. Federación Española de Municipios y Provincias. (2014). Procesos de Mejora Continua V01. Sección técnica de procesos de mejora de la Comisión de Modernización de calidad. España. Disponible en: <http://www.fundacioncetmo.org/fundacion/publicaciones/transporte.viajeros/procesos.mejora.pdf>
17. García-Barberos M. (2008). Alianza mundial para la seguridad del paciente. Oficina de Servicios Integrados de Salud. Unidad de Políticas, Sistemas y Servicios Sanitarios. Organización Mundial de la Salud, Oficina Europea, España.
18. Guerra Herrera Ana Cristina. (2013). Beneficios resultantes del proceso de acreditación en salud, Argentina, 2013. Tesis para optar el

grado de Magister en Economía de la Salud y Administración de Organizaciones de Salud. Universidad Nacional de la Plata.

19. Henao Herrera Ana Cristina (2013). Administración de Organizaciones de la Salud. Argentina.
20. Hernández Francisco, Coello Clicerio, Santacruz Javier. (2008). La protección al usuario de servicios de salud en el marco de los derechos humanos de cuarta generación. Revista CONAMED, Vol. 13, enero – marzo.
21. Herrera Perez Miguel Angel. (2014). Calidad de la gerencia de servicios de salud en el primer nivel de la Red Asistencial de Essalud, Arequipa. Tesis para optar el Grado de Magister en Gerencia en Salud. Universidad Católica de Santa María. Perú.
22. Hospital Regional de Ayacucho. (2014). Reglamento para atención de quejas y reclamos V.02.

<http://www.hospitalregionalayacucho.gob.pe/Documentos/Plan%20Anual%202015/REGLAMENTO.pdf>
23. Intendencia de Supervision de IPRESS – SUSALUD. (2014). Modelo de Supervisión de prestadores de salud en base a cumplimiento normativo y gestión de riesgo operativo como medio para el mejoramiento continuo de la calidad en el marco de la Acreditacion de la Calidad en Salud de las IPRESS. Perú. p 25,27,28
24. Instituto Nacional de Salud. La Acreditación en Calidad en Salud y la mejora continúa de la IPRESS en el marco de la Supervisión de SUSALUD. (Internet). 2014 (Citado el 06 de Agosto del 2015) Disponible en:
http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/0/jer/2014_octubre_eventos/Ponencia%2004%20GC%20en%20Lb.%20Clinicos.pdf
25. Ishikawa K (1986): ¿Que es el control total de la calidad?: La modalidad japonesa. Editorial Norma- Bogota
26. Juran J.M., Gryna F.M. Bingham R.S. (1990). Manual de Control de Calidad. Editorial McGraw edición Castellano- España.

27. Ley N°26842 Ley General de Salud; Capítulo III De los Productos Farmacéuticos y Galénicos y de los Recursos Terapéuticos Naturales, Artículos 55° y 56
28. Lodoño Malagón (2006). Garantía de calidad en salud. Segunda edición Editorial Medica Panamericana- Colombia Bogota p. 212 508
29. López Valencia Diana Milena, Ríos Villegas Sandra Milena, Vélez Escobar. (2008). Seguridad del Paciente en la Prestación de Servicios de Salud de Primer Nivel de Atención, Medellín. Monografía para optar el Título de Auditor en Salud. Universidad de Antioquia, Colombia.
30. Lopez Diana M (2008). Seguridad del Paciente en la Prestación de Servicios de Salud de Primer Nivel de Atención, Medellín p.48
31. Lorino, Philippe, (1993), El control de gestión estratégico. Editorial Alfaomega-Marcombo 1era Edición p. 194
32. Ministerio de Fomento de España. (2009). Sistema de Gestión de la Calidad según ISO 9001:2008
33. MINSA (2006). NTS 029-MINSA/DGSP v.01. Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de Atención.
34. Ministerio de Salud. Guía Técnica para la Elaboración de Proyectos de Mejora y la aplicación de Técnicas y Herramientas para la Gestión de la Calidad
35. MINSA. (2006). Documento Técnico RM – 519-2006 /MINSA “Dirección de calidad en Salud” Perú P 29
36. MINSA. (2010) D.S N°008-2010-SA Reglamento Cuarta Disposición. Complementaria y Final. De la Acreditación de las IPREES
37. MINSA (2013). Lineamientos y medidas de reforma del sector de salud. Disponible en :
<http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2013/reforma/documentos/documentoreforma11122013.pdf>

38. MINSA. (2015). Decreto Supremo N° 027-2015-SA: Reglamento de la Ley N° 29414, Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud.
39. Ministerio de Salud y Protección Social Gobierno de Colombia. (2006). Decreto 1011 de 2006: Manual de Habilitación de Servicios de Salud. Colombia.
40. Mora Jose. (2013). Guía metodológica para la gestión clínica por procesos. Ed. Diaz de Santos. Pp55-56.
41. Organización Mundial de la Salud. (2012). Calidad de la atención: seguridad del paciente. <http://www.binasss.sa.cr/seguridad/articulos/calidaddeatencion.pdf>
42. RM N°597-2006-MINSA NTS N°022-MINSA-DGSP-V.02 Gestión de La Historia Clínica; Definiciones, Estructura de la Historia Clínica y Formato de Consentimiento Informado.
43. RM N°1021-2010/MINSA Guía Técnica de Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía
44. RM N°474-2005-MINSA NT N°029-MINSA-DGSP-V.01 Auditoría de la Calidad de Atención en Salud. RM N°601-2007-MINSA Plan de Implementación de la Norma Técnica de Auditoría de la Calidad en Salud; Objetivos Intermedios 2 y 3
45. RM N°095-2012/MINSA Guía para la Elaboración de Proyectos de Mejora y la Aplicación de Técnicas y Herramientas para la Gestión de la Calidad
46. RM N°600-2007/MINSA, NTS N°058-MINSA-DGSP-V.01, Norma Técnica de Salud para el Manejo de la Cadena de Frío en las Inmunizaciones. Numeral 4.
47. SUSALUD (2015). RESOLUCIÓN DE SUPERINTENDENCIA N° 007-2015-SUSALUD/S Instrumento de Supervisión Selectiva de IPRESS aplicable a las Unidades Productoras de Servicios de Salud Primer Nivel de Atención de las IPRESS públicas y privadas, artículo 1°.- aplicable en todo el territorio nacional.

48. Quintero Gomez Ana S (1995). Guía para el Diseño, Construcción e Interpretación de Indicadores. Editorial DANE Segunda Edición p. 15.
49. Quiroz Ezquivel Rocio (2013): Indicadores de Calidad. Disponible en: https://prezi.com/4vvhi_ubklqs/untitled-prezi/.
50. Udaodndo Duran Miguel (1992). Gestión de Calidad. Editorial Diaz de Santos S. A. P 5 -10 España.
51. Varo Jaime (1994): Gestion estratégica de la calidad: un modelo de Gestión Hospitalaria. Editorial Diaz de Santos S. A. P 7,8 España
52. Wilson RM, Runciman WB, Gibberd RW, Harrison BT, Hamilton JD. (2006). Quality in Australian Health Care Study. Med J Aust 2006; 164 (12): 754





ANEXO N° 2: MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN

Ítem		UNIDADES DE ESTUDIO						
		Dir. y administración	C. externa	Emergencia	Patología clínica	A. Patológica	Farmacia	C. esterilización
I.1	La planta física, las instalaciones y el equipamiento de los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo deben mantenerse en buenas condiciones de conservación de higiene y funcionamiento.	1	1	1	1	1	2	1
I.2	Ha desarrollado un sistema de gestión de eventos adversos. Lista de Chequeo N° 01.	2	1	2	2	2	1	2
I.3	Ha implementado los registros y notificación de accidentes de trabajo del personal de salud.	1	2	2	2	2	2	2
I.4	Utilizan un formato de consentimiento informado para todos los procedimientos invasivos.	3	3	3	3	1	3	3
I.5	Se cuenta con Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía implementada y registrada.	3	3	3	3	3	3	3
I.6	Están delimitadas y se respetan las zonas rígidas y semi rígidas para la circulación de camillas, personal y trasbordo de pacientes en centro quirúrgico.	3	3	3	3	3	3	3

I.7	Se cumple con los procedimientos establecidos para garantizar la operatividad de la Cadena de Frío. Lista de Chequeo N° 02.	3	1	3	3	3	3	3
I.8	Evidencias de cumplimiento del plan anual de mantenimiento preventivo de equipos biomédicos.	3	2	2	2	2	2	2
I.9	El establecimiento de salud realiza una adecuada gestión de stocks y abastecimiento en el Almacén Especializado de Medicamentos y en los servicios de farmacia. Lista de Chequeo N° 03.	3	3	3	3	3	1	3
I.10	Se cumple los requisitos de protección radiológica en los servicios de radiología, radioterapia y medicina nuclear. Lista de Chequeo N° 04.	3	2	3	3	3	3	3
II.1	Cuentan con Plan Anual de Auditoría que incluye la auditoría de historias clínicas para el año en curso	2	3	3	3	3	3	3
II.2	Cuentan con Comités de Auditoría de la Calidad de la Atención (central y/o periférico) y se evidencia que se reúnen periódicamente para el desarrollo de sus actividades.	1	3	3	3	3	3	3
II.3	Reportes de hallazgos de Auditoría de la Calidad del Registro.	1	3	3	3	3	3	3

II.4	Reportes de hallazgos de Auditoría para Evaluar la Calidad de la Atención a través de la historia clínica.	1	3	3	3	3	3	3
II.5	Evaluación de Adherencia al Uso de las Guías de Práctica Clínica (GPC).	2	3	3	3	3	3	3
II.6	Evidencia de realización de Auditorías de Caso.	3	3	3	3	3	3	3
II.7	Se evidencia la existencia de proyectos de mejora continua de la calidad basados en el análisis de los resultados de las mediciones realizadas.	2	3	3	3	3	3	3
III.1	El establecimiento cuenta con mecanismo que permiten recoger las sugerencias, quejas y reclamos de los usuarios, así como verificar la permanente evaluación y solución de los mismos.	1	3	3	3	3	3	3
III.2	Cuenta con un Libro de Reclamaciones físico o virtual, ubicado en un lugar visible y de fácil acceso al público usuario.	1	3	3	3	3	3	3
III.3	Figura en lugar visible para los usuarios el procedimiento de atención de reclamos y quejas.	2	3	3	3	3	3	3
III.4	El personal responsable clasifica los reclamos y quejas conforme a la naturaleza de las mismas y a norma establecida.	2	3	3	3	3	3	3

III.5	Los casos solucionados de hace 3 meses han sido reportados a la IAFAS respectiva, conforme a norma.	1	3	3	3	3	3	3
III.6	Archivo de los reclamos presentados (considerando su gestión) y respuesta dentro de los plazos establecidos.	2	3	3	3	3	3	3
III.7	Se evalúa la calidad del servicio a través de la medición del nivel de satisfacción del asegurado.	1	3	3	3	3	3	3
III.8	Análisis de resultados de las encuestas de satisfacción e implementación de medidas correctivas que resulten necesarias.	2	3	3	3	3	3	3



ANEXO N° 3: SOLICITUD Y AUTORIZACIÓN

SOLICITO: Realización de Proyecto de tesis "Gestión de Calidad en el Centro de Salud Bahía Blanca. Microred Pachacutec. Red Ventanilla. Callao 2016."

Doctor:

RICARDO ALDO LAMA MORALES

Director General de la Dirección Regional de Salud del Callao

Yo Any Zarela Vasquez Zea, con DNI 71043560, domiciliada en Psj. Cecias 231, Urb. Tupac Amaru La Victoria, Cirujana Dentista con COP 32909, estudiante de la Maestría de Gerencia en Salud de la Universidad Católica de Santa María, me presento a usted y digo:

Que solicito se me otorgue las facilidades para desarrollar el proyecto de tesis para obtener el grado de Magister titulado **"Gestión de Calidad en el Centro de Salud Bahía Blanca. Microred Pachacutec. Red Ventanilla. Callao 2016."**

ANEXOS:

Perfil del proyecto.




Any Zarela Vasquez Zea
DNI 71043560



GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD DEL CALLAO

"Decenio de las Personas con Discapacidad en el Perú"
"Año de la Consolidación del Mar de Grau"

HR 008944



15 JUN. 2016

OFICIO N° 2453 2016-DG/ DIRESA CALLAO/COM. ETIC. INV.

Señorita
Any Zarela Vásquez Zea
Universidad Católica de Santa María
Presente.-

De mi consideración:

Tengo el agrado de dirigirme a usted, para saludarle cordialmente y comunicarle que se ha visto por conveniente aprobar el Trabajo de Investigación denominado "Gestión de Calidad en el Centro de Salud Bahía Blanca-Microrred Pachacútec-Red Ventanilla, Callao 2016".

Sin otro particular, hago propicia la oportunidad para expresarle mis sentimientos de consideración y estima personal.

Atentamente,


GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD DEL CALLAO
.....
DR. RICARDO ALDO LAMA MORALES
Director Regional
C.H.P. 12555

RALM/ENAM/HOADI/

www.direcassalao.gob.pe
chamano@direcassalao.gob.pe

Jr. Colina N° 879 Bellavista - Callao
Teléfonos: 4650048-4651275