

¿Cómo iniciar un sistema de gestión de calidad en una institución de salud?

Marisa Bernan Jefe de
Infectología- Miembro del Comité
de la Calidad del HIGA San Roque
de Gonnet, La Plata





Cambia el modelo de atención, multidisciplinario e integrado en red con el primer nivel de atención; **el modelo de internación,** indiferenciado y por niveles de cuidado; **el modelo de organización,** con un área de admisión y gestión de pacientes internados y ambulatorios. Se fortalece la referencia y contrarreferencia de los pacientes del área programática

El Hospital San Roque se inaugura el **19 de noviembre de 1961** como hospital general con un sistema de Residencias Médicas.

En **1996** el hospital adhiere a la ley 11.072 de descentralización hospitalaria.

Desde **1998**, en el marco del Programa de Reforma del Sector Salud (PRESSAL), se implementan políticas tendientes a promover el fortalecimiento institucional, edilicio y de equipamiento.



Hospital San Roque de Gonnet

Desde 2010 se le otorgó la categoría de Interzonal- Hospital escuela de pre y posgrado

Planta Física de cuatro pisos, 170 camas para internación.

31 Consultorios Externos para 85 Especialidades y Subespecialidades.

Hospital de Día. Guardia de Emergencia para atención de alta complejidad.

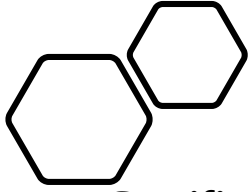
Actualmente cuenta con un plantel de 1400 agentes

Realidad Socio - Poblacional

- **Área Programática**
 - Villa Elisa, Arturo Seguí, City Bell, M.B.Gonnet, Gorina, Hernández y Ringuelet (13 centros de salud) Población aprox. de 121.543 habitantes.
- **Área De Influencia**
 - La Plata, Berazategui, Florencio Varela, Berisso, Ensenada y Quilmes (2.118.410 habitantes, según el censo 2010).

Historia de la Implementación del SGC

- **Año 2003** se firma el “Acuerdo Marco de Cooperación Interinstitucional entre el Gobierno de la Provincia de Buenos Aires y el IRAM, Instituto Argentino de Normalización”, con la finalidad de incorporar a la provincia en un proceso de modernización de todas las estructuras del Estado.
- **Año 2004:** Distintas dependencias de la administración pública provincial envían agentes para ser capacitados en el IRAM. Del Ministerio de Salud, se enviaron 5 agentes, uno por cada Hospital de Autogestión.
- **Año 2005:** De los hospitales originalmente seleccionados, únicamente el San Roque cumplimenta todas las etapas requeridas para poder iniciar el proceso de Certificación por Norma ISO 9001
- **Año 2007:** Se trabaja con asesoramiento externo para capacitar al personal involucrado en el SGC, se definen la política de la calidad, la misión-visión y valores del hospital y el manual de la calidad. También se define el alcance, y los indicadores a monitorear del cumplimiento de los objetivos de la calidad.
- **Año 2008** Se realiza la Auditoría de Certificación. Primer hospital público de la provincia de Bs As en lograr la certificación. El alcance del SGC fue de los procesos de dirección, soporte, gestión y realización relacionados a:



Alcances del sistema de gestión

Certificación inicial:

Admisión y Atención en consultorios externos de Infectología, Dermatología y Factores de Riesgo de pacientes derivados del primer nivel de atención del Área Programática

Recertificación +
Procesos de esterilización

Acreditación del Centro
Nacional de acreditación
en Salud CENAS

Recertificación +
Admisión, triage y
atención de pacientes
ambulatorios pediátricos
en el servicio de
emergencias”

2008

2009

2011

2014

2015

2017

2019

Recertificación +
Dispensación de
medicamentos por dosis
unitarias a pacientes
internados en cuidados
progresivos

Recertificación +
Procesos de
administración de
medicamentos a
pacientes internados en
Cuidados Intermedios y
Mínimos

Recertificación +
Prescripción médica
realizada en el sistema
electrónico FARHOS en
los paciente internados en
cuidados mínimos e
intermedios

¿Qué es un sistema de gestión de la calidad?

- Un Sistema de Gestión de Calidad ó **de la Mejora del desempeño institucional** es una herramienta que le permite a una organización planificar, ejecutar y controlar las actividades necesarias para el desarrollo de su misión
- Se basa en la identificación de los procesos que permitan un mejor control de las actividades, el logro de los objetivos definidos para cada proceso y la adopción de la cultura de la mejora continua.

Atención
por
consultorios
externos

Atención
por
cuidados
progresivos

¿Como definir el alcance?

Atención de
servicio de
emergencias

Realización
de prácticas
de
diagnóstico

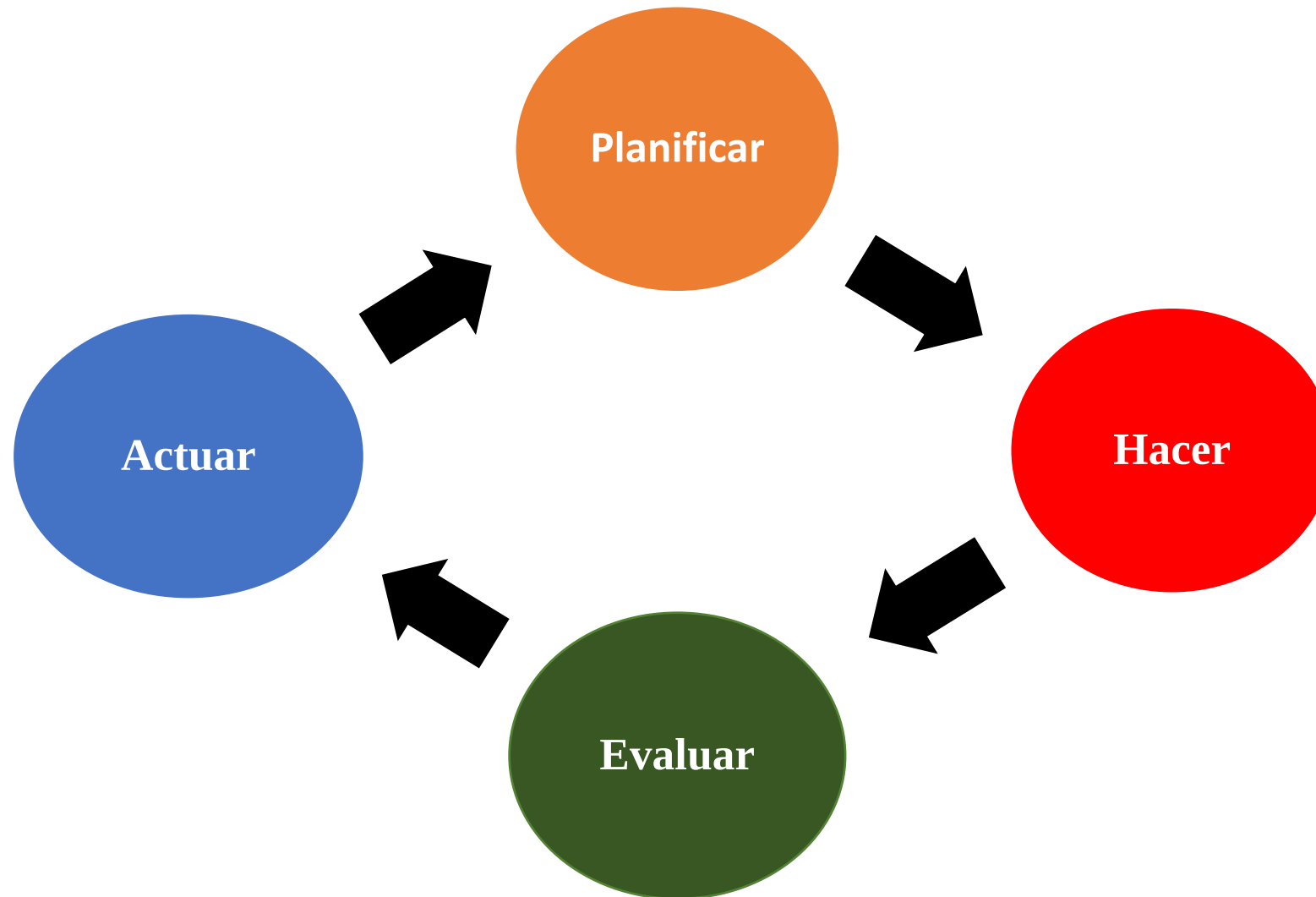
Recepción de
pacientes

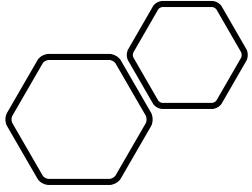
Entrega de
informes

Los procesos que se han de incluir en el alcance son siempre los relacionados con el cumplimiento del propósito o de la misión de la organización

La **misión** es el propósito general o razón de ser de la organización. Enuncia a quien sirve, qué necesidades satisface, qué tipos de productos ofrece y cuáles son los límites de sus actividades. Proporciona unidad, sentido de dirección y guía en la toma de decisiones estratégicas.

Sistema de gestión de la calidad ó de la mejora del desempeño





Técnicas de identificar situaciones problema

Cuantitativas

- Fuentes escritas (libro de quejas, análisis de datos, registros)
- Encuestas de satisfacción

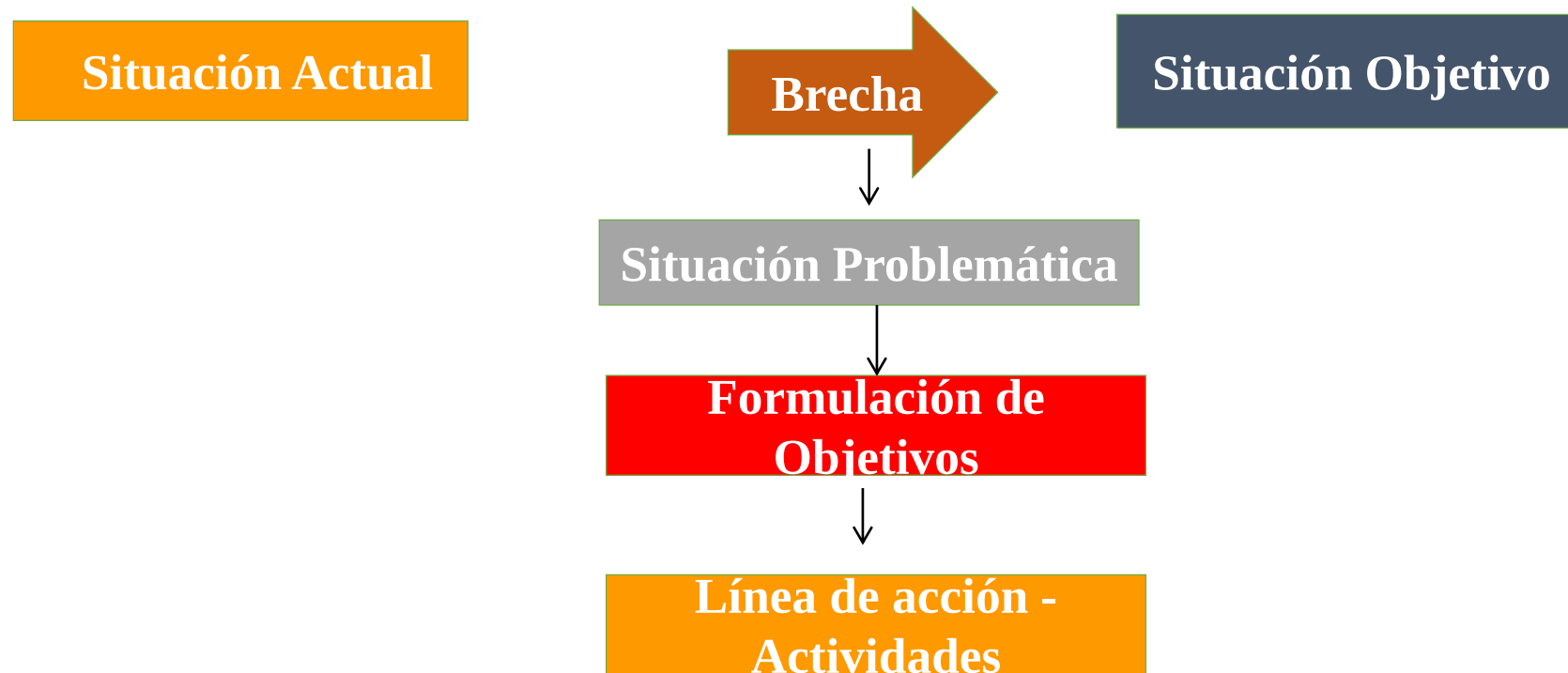
Cualitativas

- Entrevista
- Grupo focal
- Técnicas de consenso

Participativas

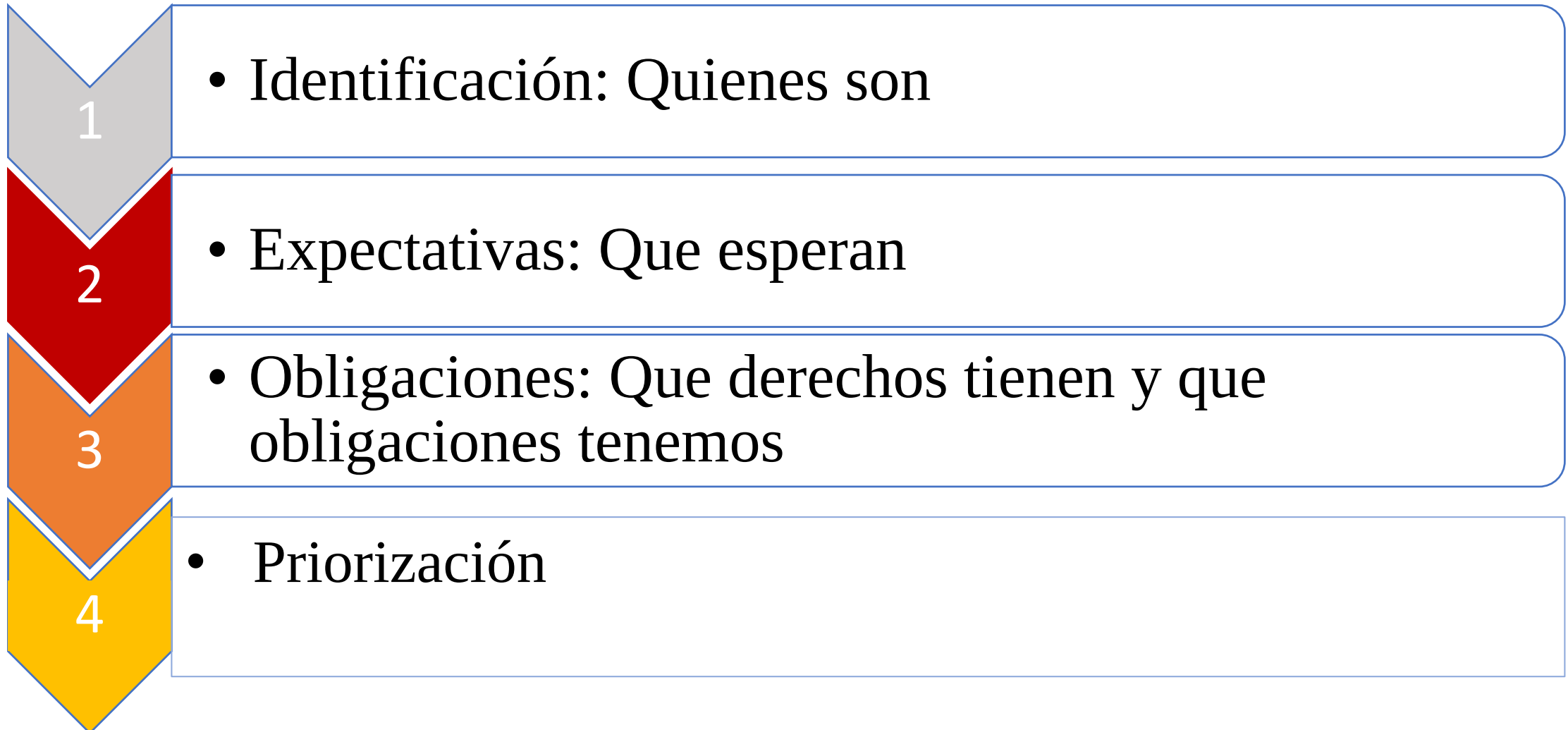
- Foro
- Lluvia de ideas
- Taller de Planificación Participativa

Planificación



Para que la planificación sea efectiva es necesario que la autoridad política (ó responsabilidad de decisión) quiera hacer y esté dispuesto a llevar a la práctica lo que se ha planificado - **LIDERAZGO**

Comprender las necesidades y expectativas de las partes interesadas



Comprender las
necesidades y
expectativas de
las partes
interesadas

Servicio que recibe cada parte

Requisitos o necesidades de cada
parte

Requisitos técnico profesionales de
la organización

Requisitos técnico legales

Objetivos de la calidad- Planificación



Objetivos de la Calidad- Características

Específico

- Concretos. Se entiende claramente lo que se quiere lograr

Medible

- Cuantificable con métodos definidos

Alcanzable

- Posible de lograr

Relevante

- Su logro es relevante para la Institución

Temporales

- Deben lograrse en un tiempo determinado

Objetivo: Expresión medible que representa la búsqueda de la mejora de un proceso, según los siguientes criterios:

Tiempo

Mejorar el cumplimiento del tiempo establecido de entrega de resultados

Mejorar el tiempo establecido de la atención de los pacientes

Conformidad de requisitos

Mejorar el llenado de las solicitudes médicas al laboratorio

Mejorar la realización de los informes de diagnóstico por imágenes

Satisfacción

Mejorar la satisfacción del paciente respecto al tiempo de atención

Mejorar la satisfacción del paciente en relación a la higiene de la institución

Indicador: Fórmula matemática que expresa el objetivo de forma medible

Tiempo

$$\frac{\text{Informes entregados en 48 hs}}{\text{Total de informes}} \times 100$$

Conformidad

$$\frac{\text{Informes conformes}}{\text{Total de informes evaluados}} \times 100$$

Satisfacción

$$\frac{\text{Respuestas conformes (Muy buenas-buenas)}}{\text{Total de encuestas}} \times 100$$

Estándar: Es el resultado del indicador que se espera obtener en un tiempo determinado, luego de medir y aplicar acciones de mejora

Tiempo

99% de los informes disponibles en 48 hs.

El 90% de los pacientes atendidos antes de 20 minutos de espera

Conformidad

80% de las solicitudes médicas al laboratorio conformes (cumplen todos los requisitos)

Satisfacción

95% de las respuestas muy buenas y buenas en las encuestas

Objetivos de la mejora propuesta

- El paciente como eje central del sistema de atención.
- Disminuir las largas esperas para obtener turnos y ser atendidos .
- Mejora ostensible y mensurable de la satisfacción de la demanda.
- Eficaz articulación con el Primer Nivel de Atención de pacientes del Área programática.
- Medición y mejora en el confort de espera de atención.

Ejemplos de objetivos de la calidad

Objetivo de la Calidad	Criterio	Método de seguimiento	Estandar	Indicador
Mejorar el llenado de las planillas de contra-referencia por el médico tratante	Conformidad	Trimestral	90%	Planillas llenadas conformes/ total de planillas llenadas por el profesional x100
Mejorar la satisfacción del paciente en cuanto al confort de la espera	Satisfacción	Trimestral x encuestas	90%	Respuestas conformes (MB y B) /total de respuestas x100
Mejorar el tiempo de espera para ser atendido por el profesional	Tiempo	Semanal	80% de los pacientes tenga menos de 15 minutos de espera para ser atendido	Horario del ingreso del paciente para ser asistido / horario turno asignado x 100

Encuesta de Satisfacción- Items

Limpieza y orden de sanitarios

Señalización de las instalaciones

Limpieza y orden de las instalaciones

Comodidad y limpieza de los consultorios

Comodidad y limpieza de la sala de espera

Atención brindada por el personal médico/ técnico

Información brindada por el profesional

Bioseguridad en la atención

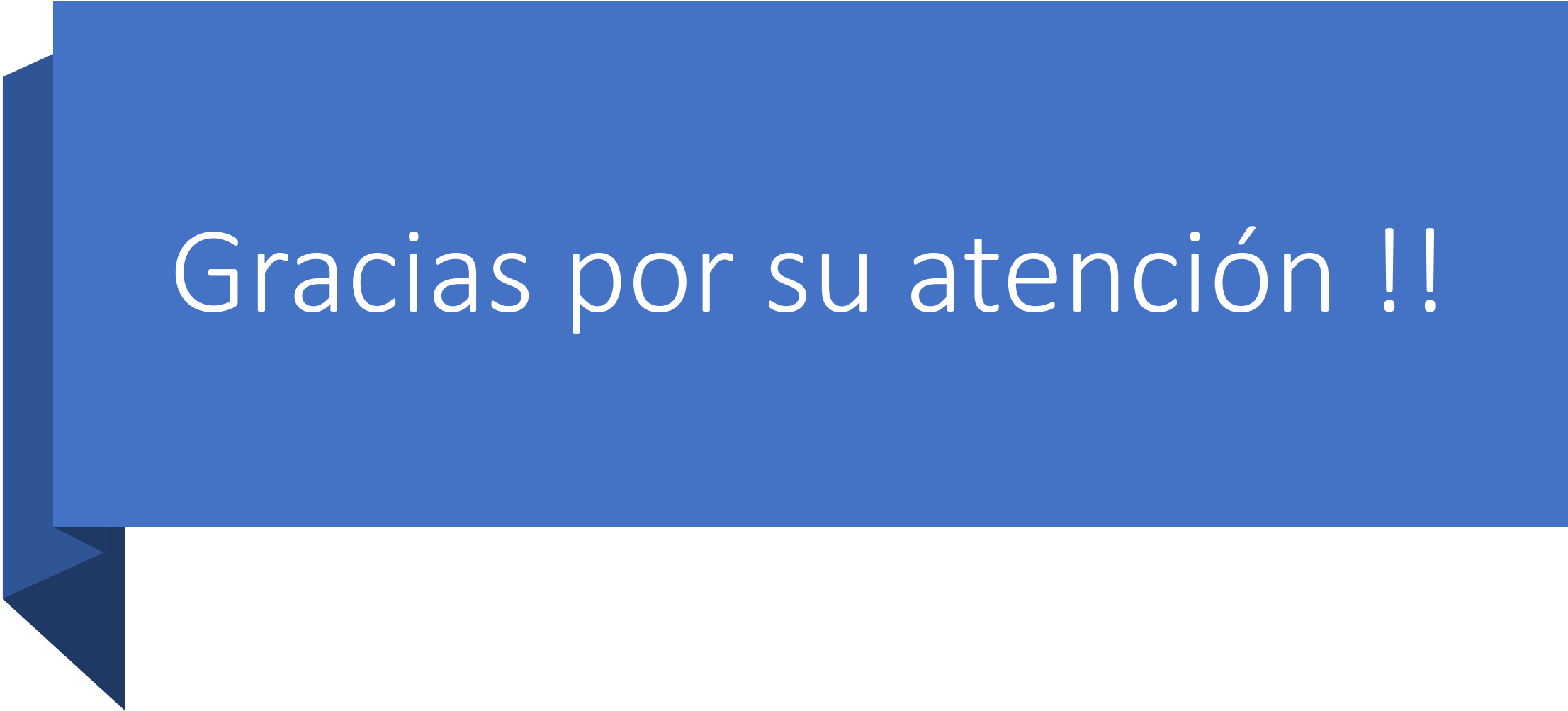
Atención brindada por el recepcionista

Facilidad para cumplir con el tramite administrativo

Objetivo general	Objetivo específico	Criterio de evaluación	Método de seguimiento	Estándar	Indicador
1-Unificar criterios para el diagnóstico y terapéutica de las 10 patologías infecciosas prevalentes a través del consenso de guías / protocolos	Mejorar el cumplimiento de las guías/ protocolos de diagnóstico y tratamiento consensuadas	Conformidad	Evaluación HC-/ fichas CE- Prevalencia puntual- Semestral	90% de los pacientes asistidos conforme a protocolos establecidos	Pacientes asistidos conforme a protocolo _____X 100 Total pacientes asistidos
2-Mejorar la adherencia al TARV en VIH	Establecer al menos 2 consultas /mes con Scio Salud Mental en pacientes especiales	Conformidad	Evaluación HC/ fichas CE- Semestral Evaluación HC/ fichas CE- Trimestral	90% de adherencia 90% consultas realizadas	Pacientes con TARV adherentes _____ x 100 Total de pacientes con TARV Pacientes con 2 ó + consultas/mes realizadas _____ x 100 Total de pacientes derivados a Salud Mental
3-Mejorar la estadificación de pacientes chagásicos	Consensuar y coordinar flujograma de diagnóstico* para todos los pacientes chagásicos	Conformidad	Evaluación HC/ fichas CE-Semestral	80% pacientes con diagnóstico de Chagas estadificados y notificados	Pacientes chagásicos estadificados _____ X 100 Total pacientes chagásicos asistidos

Conclusiones- Pasos Básicos Iniciales de Implementación

- Decisión política institucional de implementar un sistema de gestión de mejora del desempeño.
- Capacitación de un equipo inicial, “pionero”.
- Autoevaluación de la Institución.
- Definir Política, Misión, Visión y Valores de su institución.
- Definir alcance del sistema.
- Plantear Objetivos de la Calidad.



Gracias por su atención !!