

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EMPRESA

Escuela Académico Profesional de Administración y Gestión Pública

Trabajo de Suficiencia Profesional

**Informe de actividades desarrolladas como
prácticas en la oficina de Gestión de la Calidad del
Hospital Subregional de Andahuaylas**

Clara Micaela Galvan Soto

Para optar el Título Profesional de
Licenciada en Administración y Gestión Pública

Andahuaylas, 2023

Repositorio Institucional Continental
Trabajo de suficiencia profesional



Esta obra está bajo una Licencia "Creative Commons Atribución 4.0 Internacional" .

TSP - GALVAN SOTO CLARA MICAELA

INFORME DE ORIGINALIDAD

44%

INDICE DE SIMILITUD

43%

FUENTES DE INTERNET

13%

PUBLICACIONES

22%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	hdl.handle.net Fuente de Internet	6%
2	repository.urosario.edu.co Fuente de Internet	4%
3	analesdepediatria.org Fuente de Internet	4%
4	docplayer.es Fuente de Internet	3%
5	accedacris.ulpgc.es Fuente de Internet	2%
6	repositorio.continental.edu.pe Fuente de Internet	2%
7	www.icsi-eu.org Fuente de Internet	2%
8	repositorio.ucv.edu.pe Fuente de Internet	1%
9	Submitted to Universidad Cesar Vallejo Trabajo del estudiante	1%

10	www.scielo.br Fuente de Internet	1 %
11	www.hsr.gob.pe Fuente de Internet	1 %
12	cybertesis.unmsm.edu.pe Fuente de Internet	1 %
13	www.slideshare.net Fuente de Internet	1 %
14	repositorioacademico.upc.edu.pe Fuente de Internet	1 %
15	www.hejosecasimirulloa.gob.pe Fuente de Internet	1 %
16	Submitted to Inter-American Development Bank Trabajo del estudiante	1 %
17	www.coursehero.com Fuente de Internet	1 %
18	www.dspace.cordillera.edu.ec:8080 Fuente de Internet	<1 %
19	www.clubensayos.com Fuente de Internet	<1 %
20	repositorio.unsa.edu.pe Fuente de Internet	<1 %

21	Submitted to Pontificia Universidad Catolica del Ecuador - PUCE Trabajo del estudiante	<1 %
22	srvsbniisphp.universitatpolit.netdna-cdn.com Fuente de Internet	<1 %
23	pt.scribd.com Fuente de Internet	<1 %
24	www.hospitalsicuaniacr.gob.pe Fuente de Internet	<1 %
25	prevencionar.com Fuente de Internet	<1 %
26	hospitalandahuaylas.gob.pe Fuente de Internet	<1 %
27	riuma.uma.es Fuente de Internet	<1 %
28	repositorio.une.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
29	pdfs.semanticscholar.org Fuente de Internet	<1 %
30	ri.ues.edu.sv Fuente de Internet	<1 %
31	zagan.unizar.es Fuente de Internet	<1 %
32	www.hejcu.gob.pe	

Fuente de Internet

<1 %

33

Submitted to Universidad Nacional Abierta y a Distancia, UNAD,UNAD

<1 %

Trabajo del estudiante

34

larcoherrera.gob.pe

<1 %

Fuente de Internet

35

Submitted to Universidad del Rosario

<1 %

Trabajo del estudiante

36

www.hrica.gob.pe

<1 %

Fuente de Internet

37

repositorio.uigv.edu.pe

<1 %

Fuente de Internet

38

app.mapfre.com

<1 %

Fuente de Internet

39

repositorio.usmp.edu.pe

<1 %

Fuente de Internet

40

Submitted to Universidad de Las Palmas de Gran Canaria

<1 %

Trabajo del estudiante

41

unesreficiencia.blogspot.com

<1 %

Fuente de Internet

42

hrayacucho.gob.pe

<1 %

Fuente de Internet

43	repositorio.unac.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
44	prezi.com Fuente de Internet	<1 %
45	www.inmp.gob.pe Fuente de Internet	<1 %
46	www.regionhuancavelica.gob.pe Fuente de Internet	<1 %
47	Submitted to RMIT University Trabajo del estudiante	<1 %
48	Submitted to Universidad de las Islas Baleares Trabajo del estudiante	<1 %
49	repositorio.autonoma.edu.co Fuente de Internet	<1 %
50	Submitted to Pontificia Universidad Catolica del Peru Trabajo del estudiante	<1 %
51	repositorio.upagu.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
52	www.scribd.com Fuente de Internet	<1 %
53	cybertesis.urp.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
54	dspace.unia.es	

Fuente de Internet

<1 %

55

www.minsa.gob.pe

Fuente de Internet

<1 %

56

Angela Maria Salazar Maya, Diana Marcela Restrepo Marín. "Cultura de la seguridad del paciente en seis centros quirúrgicos de Antioquia", Revista Cuidarte, 2020

Publicación

<1 %

57

hdhuacho.gob.pe

Fuente de Internet

<1 %

58

pesquisa.bvsalud.org

Fuente de Internet

<1 %

59

www.gacetasanitaria.org

Fuente de Internet

<1 %

60

de.slideshare.net

Fuente de Internet

<1 %

61

Submitted to Corporación Universitaria Minuto de Dios, UNIMINUTO

Trabajo del estudiante

<1 %

62

Submitted to Universidad Nacional de Colombia

Trabajo del estudiante

<1 %

63

Submitted to Universidad Catolica San Antonio de Murcia

Trabajo del estudiante

<1 %

64	Submitted to Universidad de Cantabria Trabajo del estudiante	<1 %
65	www.apartados.hacienda.gob.mx Fuente de Internet	<1 %
66	Submitted to Universidad Europea de Madrid Trabajo del estudiante	<1 %
67	encolombia.com Fuente de Internet	<1 %
68	es.slideshare.net Fuente de Internet	<1 %
69	jalayo.blogspot.com Fuente de Internet	<1 %
70	www.researchgate.net Fuente de Internet	<1 %
71	bdigital.unal.edu.co Fuente de Internet	<1 %
72	repositorio.tec.mx Fuente de Internet	<1 %
73	uruguay.com Fuente de Internet	<1 %
74	www.albacete.org Fuente de Internet	<1 %
75	www.buenastareas.com Fuente de Internet	<1 %

76

www.espectador.com

Fuente de Internet

<1 %

77

www.redpinar.gob.cu

Fuente de Internet

<1 %

78

[Submitted to Universitat Internacional de Catalunya](#)

Trabajo del estudiante

<1 %

79

adoc.pub

Fuente de Internet

<1 %

80

apps.who.int

Fuente de Internet

<1 %

81

ebuah.uah.es

Fuente de Internet

<1 %

82

revia.areandina.edu.co

Fuente de Internet

<1 %

83

vbn.aau.dk

Fuente de Internet

<1 %

84

www.cejccantabria.com

Fuente de Internet

<1 %

85

www.hospitaljaen.gob.pe

Fuente de Internet

<1 %

86

www.salud.gob.mx

Fuente de Internet

<1 %

87

www.sociedadpatriotica.com

Fuente de Internet

<1 %

88

"Inter-American Yearbook on Human Rights / Anuario Interamericano de Derechos Humanos, Volume 31 (2015)", Brill, 2017

Publicación

<1 %

89

ECOLOGIA Y TECNOLOGIA AMBIENTAL S.A.C.
"MEIA para la Implementación del Proyecto Implementar Línea de Cal, Mejoras Ambientales e Integración de Instrumentos Ambientales en la Planta Condorcocha-IGA0006877", R.D. N° 081-2018-PRODUCE/DVMYPE-I/DIGGAM, 2020

Publicación

<1 %

90

app.regionapurimac.gob.pe

Fuente de Internet

<1 %

91

comunidadcolombianads.com

Fuente de Internet

<1 %

92

elblogdelaculturaorganizacional2014.blogspot.com

Fuente de Internet

<1 %

93

eprints.ucm.es

Fuente de Internet

<1 %

94

es.hmongwiki.com

Fuente de Internet

<1 %

95

es.scribd.com

Fuente de Internet

<1 %

96	ia601005.us.archive.org Fuente de Internet	<1 %
97	recursosbiblio.url.edu.gt Fuente de Internet	<1 %
98	repositorio.untumbes.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
99	repositorio.uteq.edu.ec Fuente de Internet	<1 %
100	www.bdigital.unal.edu.co Fuente de Internet	<1 %
101	www.dr-wilden.de Fuente de Internet	<1 %
102	www.nosis.com.ar Fuente de Internet	<1 %
103	www.przetargi.info Fuente de Internet	<1 %
104	Antonio Zayas, Serafín J. Cruces-Montes, Alberto Paramio, Antonio Romero-Moreno et al. " Cross-sectional analysis of coping strategies and anxiety and depression levels in a sample of the Andalusian population during the home lockdown caused by the COVID-19 pandemic () ", International Journal of Social Psychology, 2021 Publicación	<1 %

105	Submitted to Universidad Católica de Santa María Trabajo del estudiante	<1 %
106	aminoapps.com Fuente de Internet	<1 %
107	aprenderly.com Fuente de Internet	<1 %
108	cdn.www.gob.pe Fuente de Internet	<1 %
109	dehesa.unex.es Fuente de Internet	<1 %
110	eu.vlex.com Fuente de Internet	<1 %
111	http://206.48.6.49/feylegria/feylegria/default.asp?caso=10&idrev=20&idsec=482&idedi=20 Fuente de Internet	<1 %
112	munisantamariadelvalle.gob.pe Fuente de Internet	<1 %
113	pdffox.com Fuente de Internet	<1 %
114	porquenotecallas19.files.wordpress.com Fuente de Internet	<1 %
115	repositorio.usanpedro.edu.pe Fuente de Internet	<1 %

116	secgen.unajma.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
117	techahuanari.blogspot.com Fuente de Internet	<1 %
118	tr-ex.me Fuente de Internet	<1 %
119	transparencia.unc.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
120	www.ahoraus.com Fuente de Internet	<1 %
121	www.ccee.edu.uy Fuente de Internet	<1 %
122	www.chapters.indigo.ca Fuente de Internet	<1 %
123	www.congreso.gob.pe Fuente de Internet	<1 %
124	www.dimo.cat Fuente de Internet	<1 %
125	www.elextranewspaper.com Fuente de Internet	<1 %
126	www.hcllh.gob.pe Fuente de Internet	<1 %
127	www.hnhu.gob.pe Fuente de Internet	<1 %

128

www.hospitalbarranca.gob.pe

Fuente de Internet

<1 %

129

www.hsjch.gob.pe

Fuente de Internet

<1 %

130

repositorio.urp.edu.pe

Fuente de Internet

<1 %

131

"Cultura de seguridad asistencial y descripción de actitudes del equipo médico en Servicio de Salud Metropolitano Central", Pontificia Universidad Católica de Chile, 2023

Publicación

<1 %

132

1library.co

Fuente de Internet

<1 %

Excluir citas

Apagado

Excluir coincidencias

Apagado

Excluir bibliografía

Apagado

TSP - GALVAN SOTO CLARA MICAELA

INFORME DE GRADEMARK

NOTA FINAL

COMENTARIOS GENERALES

/0

PÁGINA 1

PÁGINA 2

PÁGINA 3

PÁGINA 4

PÁGINA 5

PÁGINA 6

PÁGINA 7

PÁGINA 8

PÁGINA 9

PÁGINA 10

PÁGINA 11

PÁGINA 12

PÁGINA 13

PÁGINA 14

PÁGINA 15

PÁGINA 16

PÁGINA 17

PÁGINA 18

PÁGINA 19

PÁGINA 20

PÁGINA 21

Dedicatorita

A mi madre

Agradecimiento

A ELOHIM, por su amor impartido en mi vida

Índice

Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Índice	iv
Índice Tablas	vii
Introducción	viii
Capítulo I: Aspectos Generales de la Institución	1
1.1 Datos Generales de la Institución	1
1.2. Actividades Principales de la Institución	2
1.3 Reseña Histórica de la Institución	2
1.4 Organigrama de la Institución.	4
1.5 Estructura Organizacional	5
1.6 Visión y Misión	6
1.7 De la Oficina de Gestión de Calidad	7
1.8 Descripción del Área donde realiza sus actividades	8
1.9 Descripción del Cargo y de las Responsabilidades del Bachiller en la Institución	9
1.10 Función general del cargo (Responsabilidades del Bachiller)	9
Capitulo II: Aspectos Generales de las Actividades Profesionales	11
2.1 Antecedentes y/o Diagnostico Situacional	11

2.2	Identificación de la Necesidad en el Área de Actividad Profesional.	14
2.3	Objetivos de la Actividad Profesional	14
2.4	Justificación de la Actividad Profesional	15
2.5	Resultados Esperados	15
	Capitulo III: Marco Teórico	17
3.1	Bases Teóricas de las Metodologías o Actividades Realizadas	17
3.1.1	La calidad	17
3.1.2	Dimensiones de la calidad.	19
3.1.3	Seguridad del paciente	20
3.1.4	Cultura de seguridad	23
3.1.5	Evaluación de Desempeño.	25
3.1.6	Análisis PESTEL	30
3.1.7	Análisis FODA	33
	Capitulo IV: Descripción de las Actividades Profesionales	35
4.1	Descripción de las Actividades profesionales	35
4.1.1	Enfoque de las actividades profesionales	35
4.1.2	Alcance de las actividades profesionales	36
4.1.3	Entregables de las actividades profesionales	36
4.2	Aspectos Técnicos de la Actividad Profesional.	36
4.2.1	Metodología Aplicada en la Actividad Profesional	36
4.2.2	Técnicas	37
4.3	Ejecución de las Actividades Profesionales	38

4.3.1 Cronograma de Actividades Iniciales.	38
4.3.2 Proceso y secuencia operativa de las actividades profesionales.	39
Capítulo V: Resultados	40
5.1 Resultados Finales de las Actividades Realizadas	40
5.1.1 Cultura de seguridad y seguridad del paciente.	40
5.1.2 Evaluación de 360 grados.	57
5.2 Logros Alcanzados	60
5.4 Planteamiento de Mejoras	61
5.4.1 Metodologías Propuestas	61
5.5 Análisis	62
5.6 Aporte del Bachiller en la Institución.	63
Conclusiones	64
Recomendaciones	68
Referencias Bibliográficas	70
Anexos	72

Índice de Tablas

Tabla 1. Priorización de problemas de gestión – Hospital Subregional de Andahuaylas	13
Tabla 2. <i>Análisis PESTEL – Hospital Subregional de Andahuaylas</i>	32
Tabla 3. Análisis FODA - Hospital Subregional de Andahuaylas	33
Tabla 4. Análisis Estratégico de la Organización	39
Tabla 5. Evaluación de Seguridad del Paciente Hospitalario	39
Tabla 6- Evaluación 360 grados -profesionales de Enfermería-HSRA	39
Tabla 7. Frecuencia de respuestas positivas - Dimensión 1	43
Tabla 8. Frecuencia de respuestas positivas - Dimensión 2	45
Tabla 9. Frecuencia de respuestas positivas - Dimensión 3	46
Tabla 10. Frecuencia de respuestas positivas - Dimensión 4	47
Tabla 11. Frecuencia de respuestas positivas - Dimensión 5	49
Tabla 12. Frecuencia de respuestas positivas - Dimensión 6	50
Tabla 13. Frecuencia de respuestas positivas - Dimensión 7	51
Tabla 14. Frecuencia de respuestas positivas - Dimensión 8	52
Tabla 15. Frecuencia de respuestas positivas - Dimensión 9	53
Tabla 16. Frecuencia de respuestas positivas - Dimensión 10	54
Tabla 17. Frecuencia de respuestas positivas - Dimensión 11	55
Tabla 18. Frecuencia de respuestas positivas - Dimensión 12	56

Introducción

En los hospitales públicos, la calidad funciona a la vez como un modelo de gestión y como un estilo de manejo. Son los procesos, su consistencia, la logística, la garantía de la continuidad, la eliminación de despilfarros, (el tiempo, las actividades que no aportan valor, la acumulación de existencias, el esfuerzo de las personas, la movilización de las cosas y la escucha de las personas) así como la retroalimentación que aportan a la calidad.

Esto unido a los problemas en la organización de estas instituciones, en donde los puestos y sus perfiles no están bien definidos, así como que los que conducen este tipo de establecimiento de salud pueden identificarse como improvisados ya que están limitados por la falta de conocimiento y experiencia en temas relacionados con la “Gestión Clínica”,

Lo que hace necesario el asesoramiento permanente de profesionales preparados en temas de gestión hospitalaria que identifiquen los nudos críticos y propongan el modelo adecuado de gestión y que los resultados de este, aseguren la cobertura y calidad en la atención de los diferentes servicios que brinda según la categorización que ha sido otorgada al Hospital Subregional de Andahuaylas; en este contexto la labor del investigador ha sido proactiva y propositiva en las evaluaciones del funcionamiento institucional y en la identificación de los riesgos que fueron vulnerados a través de procedimientos de mejora continua.

Este trabajo de Suficiencia Profesional desarrollado en el Hospital Subregional de Andahuaylas, comprende cinco capítulos con el siguiente contenido:

Capítulo I – Aspectos Generales de la Institución Prestadora de Servicios de Salud: Se detalla los datos generales de la institución, actividades principales, reseña histórica, organigrama, misión y visión, bases legales, descripción del área del puesto donde el bachiller realiza la actividad profesional.

Capítulo II – Aspectos Generales de las Actividades Profesionales, en donde se exponen los antecedentes, la identificación de oportunidad o necesidad del área en donde nos desempeñamos, los objetivos, la justificación y los resultados esperados de cada actividad que realizaremos.

Capítulo III - Marco Teórico: Se ha descrito las bases teóricas de las metodológicas empleadas en la práctica profesional y su aplicación durante las actividades realizadas.

Capítulo IV- Descripción de las Actividades Profesionales: Se describe las actividades desarrolladas por el bachiller, aspectos técnicos y ejecución de las actividades profesionales.

Capítulo V – Resultados: En este capítulo se evalúa los resultados finales, logros alcanzados, dificultades, planteamiento y mejoras como aporte del bachiller a la entidad asignada.

Capítulo I: Aspectos Generales de la Institución

1.1 Datos Generales de la Institución

El Hospital de Andahuaylas es una institución hospitalaria situada en el Distrito de Andahuaylas, en la provincia del mismo nombre, en la Región Apurímac, en el Perú. La clasificación del hospital es de II – 2 nivel de complejidad.

La atención al paciente y los procesos administrativos del Hospital Subregional de Andahuaylas se mejoran continuamente gracias a los esfuerzos de la Oficina de Gestión de la Calidad, que se resume en una gran iniciativa de todo el hospital en la que se anima a todos los colaboradores (asistenciales y/o administrativos), a participar activamente.

Estas cuestiones son cada vez más importantes a medida que se avanza hacia una sociedad más globalizada y estructurada. Así pues, el objetivo de la Oficina de Gestión de la Calidad es incorporar a los usuarios internos de nuestra institución al cambio de la cultura de la calidad y la de seguridad y, en consecuencia, satisfacer a nuestros usuarios externos y a todos nosotros, como profesionales de la salud. Lo que destaca en esta ruta es que de acuerdo al Decreto Supremo 013.2006 SA y al documento técnico de política de calidad del MINSA (Ministerio de Salud del Perú), nuestros planes de trabajo se estructuran de acuerdo a estas fuentes normativas.

1.2. Actividades Principales de la Institución

El Hospital Subregional de Andahuaylas, es un órgano desconcentrado del Gobierno Regional de Apurímac, el cual tiene la misión de dar una atención especializada a los usuarios de las provincias de Andahuaylas y Chincheros; además de ser cabecera de la Red de Referencia y Contrareferencia del Sistema de Salud, que tiene la tarea de atender a los usuarios de otros establecimientos de menor complejidad, en la solución de problemas de salud que solo pueden ser atendidos en establecimientos de alta complejidad

La Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital Subregional de Andahuaylas se constituye como la unidad orgánica que se encarga de implantar el Sistema de Gestión de la Calidad en el Hospital para impulsar la mejora continua de la asistencia al paciente y de la gestión a través de la participación de todo el personal. La globalización y la sociedad organizada demandan cada vez más el respeto a los derechos del paciente y el progreso de la calidad de la atención a la salud. Por ello, el fin de la Oficina de Gestión de la Calidad es procurar el involucramiento del usuario interno de nuestra institución en la transición hacia una cultura de la calidad y la seguridad y así lograr la satisfacción de nuestros usuarios externos y la propia como trabajadores de la salud.

Los planes de trabajo están estructurados de acuerdo a los requisitos señalados en el Decreto Supremo 013.2006 SA, que establece el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, las estrategias precisadas en el Documento Técnico de la Política Nacional de Calidad del MINSA, y las funciones detalladas en el Reglamento de Organización y Funciones de nuestro hospital.

1.3 Reseña Histórica de la Institución

Al imaginar los inicios del Hospital Subregional de Andahuaylas, nos remontamos a 1937, donde un equipo de médicos dirigido por el Dr. Hugo Pesce Pescetto atendió a los leprosos de forma precaria, en un predio que era propiedad de una orden religiosa del entonces,

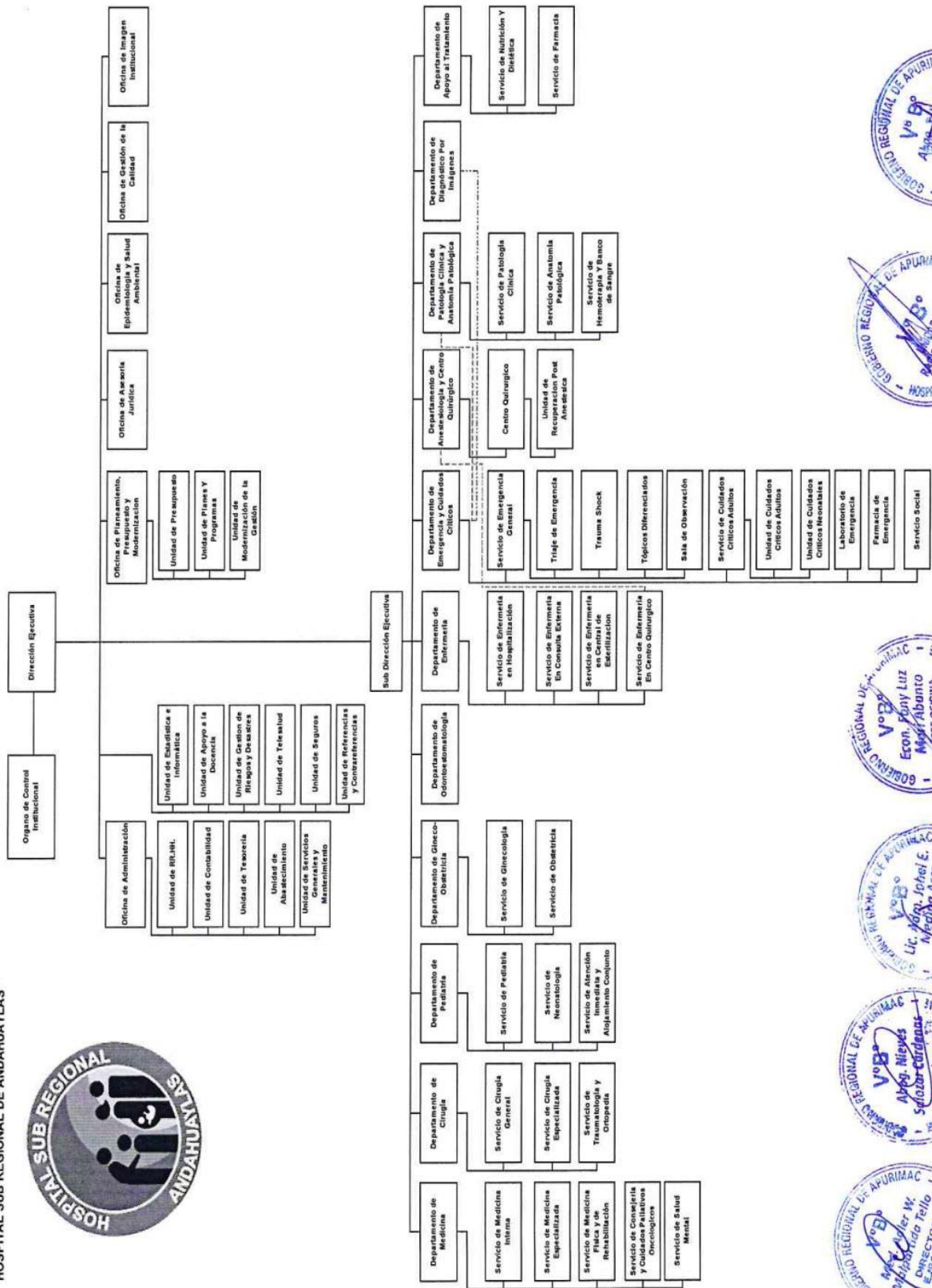
que quería construir un templo. La sede del hospital de la provincia fue donada como consecuencia acuerdos con la iglesia católica, con la condición de que se incorporara al edificio una capilla de oración.

El 7 de abril de 1946, bajo la presidencia constitucional del Dr. Luis Bustamante Rivero, y el ministro de Salud Julio Ernesto Portugal Escobedo, se creó el Hospital de Andahuaylas, como consecuencia de las reuniones sostenidas anteriormente, con el compromiso de un pueblo unido que aportó con la mano de obra, donó materiales de construcción y en algunos casos pagó salarios, lo cual contribuyó a la construcción de los ambientes.

Desde entonces, han pasado por las puertas de este hospital muchos expertos en medicina.

1.4 Organigrama de la Institución.

HOSPITAL SUB REGIONAL DE ANDAHUAYLAS



1.5 Estructura Organizacional

Según el Art. 8 del Reglamento de Organización y funciones del Hospital Subregional de Andahuaylas la estructura está constituida por:

Órgano de dirección

Dirección Ejecutiva

Subdirección Ejecutiva

Órgano de Control

Oficina de Control Institucional

Órganos de asesoramiento

Oficina de Planeamiento, Presupuesto y Modernización

Unidad de Presupuesto

Unidad de Planes y programas

Unidad de la modernización de la gestión

Oficina de Asesoría Jurídica

Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental

Oficina de la Gestión de la Calidad

Oficina de Imagen Institucional

Órganos de apoyo

Oficina General de Administración

Unidad de Desarrollo de Recursos Humanos

Unidad de Contabilidad

Unidad de Tesorería

Unidad de Abastecimiento

Unidad de Servicios Generales y de Mantenimiento

Unidad de Estadística e Informática

Unidad de seguros

Unidad de Referencia y Contra referencia

Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación

Unidad de Telesalud

Unidad de Gestión de Riesgos y Desastres

Órganos de línea

Departamento de Medicina

Departamento de Cirugía

Departamento de Pediatría

Departamento de Gineco – Obstetricia

Departamento de Enfermería

Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos

Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico

Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica

Departamento de Apoyo por Imágenes

Departamento de Apoyo al Tratamiento.

1.6 Visión y Misión

Visión

“Ser al 2022, un Hospital docente y de referencia que brinda servicios de salud integral de calidad con profesionales altamente especializados y comprometidos, en una infraestructura moderna y con equipos de última generación, debidamente acreditado, reconocidos por la Población como hospital modelo en la Región de Apurímac”.

Misión

“Somos un hospital general que brinda servicios de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de salud para la población usuaria de la región Apurímac con eficacia, eficiencia y calidad, con recursos humanos competentes y con equipos modernos en áreas críticas”.

1.7 De la Oficina de Gestión de Calidad

Según el Artículo 26 del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Subregional de Andahuaylas, la Oficina de Gestión de la Calidad es la unidad orgánica de segundo nivel; encargada de dirigir, coordinar y monitorizar a los servicios de salud, promover la mejora continua de la atención de calidad al usuario externo e interno en la prestación de los servicios de salud. Depende funcional, administrativa y jerárquicamente de la Dirección Ejecutiva

Base Legal de Oficina de Gestión de Calidad

Ley N° 26842 - Ley General de Salud.

Ley N° 27657 – Ley del Ministerio de Salud.

Ley N° 27815 – Ley del Código de Ética de la Función Pública.

Decreto Supremo N° 023-2005-SA – Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.

Resolución Ministerial N° 474-2005/MINSA – Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud.

Resolución Ministerial N° 041-2005/MINSA – Directiva para el funcionamiento del equipo de gestión de la calidad en las Direcciones de Salud.

Resolución Ministerial N° 143-2006/MINSA – Comité Técnico para la Seguridad del Paciente.

RM. N° 727-2009/MINSA Política Nacional de Calidad en Salud.

Misión de la oficina de gestión de la calidad

La misión de la Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital Subregional de Andahuaylas es Implementar el Sistema de Gestión de Calidad en Salud para promover la mejora continua y la seguridad de la atención en salud, fortaleciendo los procesos aplicando herramientas metodológicas, con la participación activa del personal para el logro de la satisfacción del usuario interno y externo.

Visión de la oficina de gestión de calidad

En el 2023, seremos un Hospital líder que garantice la calidad y seguridad de los servicios de salud brindados, con infraestructura adecuada, alta tecnología, generando una cultura de calidad con trato humanizado, que trascenderá en el beneficio de la población

1.8 Descripción del Área donde realiza sus actividades

El buen funcionamiento de un hospital como prestador de servicios de salud con cierta complejidad que le permita atender diferentes patologías diagnosticadas en establecimientos de menor nivel de diagnóstico y tratamiento, exige el cumplimiento de ciertos parámetros que se establecen sobre la base de una gestión eficiente en las áreas de recursos humanos, logística, finanzas, control de la información y en un campo nuevo en donde la calidad asistencial juega un papel muy importante. Este concepto está íntimamente ligado a la Calidad de atención, por lo que debe ser priorizado en el proceso de gestión clínica.

Siendo la oficina de Gestión de la Calidad un órgano integrador de la función asistencial y estando en los momentos de las prácticas profesionales se ha llegado al consenso con la Oficina de Recursos Humanos de este centro asistencial, que aportar como practicante del área de administración a la Oficina de gestión de la Calidad sería importante en la evaluación de los procesos y así asegurar una atención con calidad de todos los usuarios

1.9 Descripción del Cargo y de las Responsabilidades del Bachiller en la Institución

Según lo acordado con las autoridades hospitalarias el cargo que asumió la investigadora dentro de la institución, ha correspondido a la labor de asesor de la Oficina de Gestión de Calidad, en el escenario que las acciones obligatorias de esta unidad están relacionadas con comportamientos de los usuarios internos en donde la seguridad del paciente, la cultura de seguridad (segmento de la cultura organizacional).

Cargo : Asesor de Oficina de Gestión de la Calidad del HSRA

Unidad Orgánica : Oficina de Gestión de la Calidad del HSRA

Línea de Dependiente : Oficina de Gestión de Calidad

Número de Puestos : 1

1.10 Función general del cargo (Responsabilidades del Bachiller)

- Identificación las fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas en la gestión de Calidad del Hospital Subregional de Andahuaylas.
- Apoyar en la formulación del Diagnóstico de Seguridad del Paciente como proceso de la Gestión de Calidad del Hospital Subregional de Andahuaylas.
- Asesoramiento en la priorización de problemas en los procesos de la gestión de la Calidad del Hospital Subregional de Andahuaylas.
- Asesoramiento del proceso de Evaluación de Desempeño – Evaluación de 360 grados en grupo de trabajadores del Hospital Subregional de Andahuaylas.
- Siendo necesario la comunicación entre los diferentes órganos de asesoramiento y de línea del Hospital Subregional de Andahuaylas para la consecución de las actividades a realizar y autorizadas por la dirección ejecutiva, ha sido necesaria la circulación de diferentes documentos de carácter informativo, declarativos y de

autorización de procedimientos, los cuales se ponen a disposición en el presente informe. Anexo 1.

Capítulo II: Aspectos Generales de las Actividades Profesionales

2.1 Antecedentes y/o Diagnostico Situacional

Toda organización, y sobre todo aquella encargada por el estado a asegurar la atención sanitaria de aquellos que buscan una solución a su problema de salud, debe ser consciente de que debe poner especial atención a lo que hemos llamado desde principios de siglo, como es la calidad asistencias y la seguridad del paciente, asegurando también que estos sean atendidos por manos expertas y que usen la humanización como principio de la atención.

Algo importante es que la Gestión de los Recursos Humanos debe asegurar que los mecanismos de evaluación sean oportunos y pertinentes de tal manera que el desempeño sea un factor importante en la planificación de los reclutamientos necesarios para cada departamento y Servicio en donde se presta la atención sanitaria diferenciada.

En el Hospital Subregional de Andahuaylas en los últimos tres años su misión y visión ha sido completamente olvidada por los gestores principales, unido a esto por la limitada capacidad de gestión de los jefes de Departamento y Servicios de la Entidad. Se ha pasado de la Planificación estratégica a la improvisación sistemática.

Esta situación esbozada líneas atrás se ha mostrado con mayores dificultades principalmente porque la falta de un equipo de trabajo permanente, con profesionales

competentes que tengan la responsabilidad de planificar, ejecutar y evaluar las acciones que le han sido encargados por los documentos de gestión.

Esta Situación justificó la aplicación de un instrumento que recogía percepción de los trabajadores sobre Problemas Priorizados 2022. Tabla 1

Tabla 1.*Priorización de problemas de gestión – Hospital Subregional de Andahuaylas*

PROBLEMAS	CRITERIOS DE PRIORIZACIÓN			PUNTAJE	PRIORIDAD
	Frecuencia	Importancia	Factibilidad		
Escasa implementación de los indicadores hospitalarios	3	4	2	9	3
Escasa Implementación de Informes de Auditoría	2	3	1	6	5
Riesgo amplio en Seguridad del paciente	2	3	3	8	5
Limitada Percepción de la Cultura de Seguridad en Servicios	4	3	2	9	3
Equipos para la atención sin Planes de Mantenimiento Preventivos y Correctivos	3	3	3	9	3
Falta de Información a usuarios Interno / Externo	4	3	3	10	2
Satisfacción del Usuario Externo por debajo de lo esperado	3	4	3	10	2
Guías de Práctica Clínica limitadas y sin actualización	2	4	4	10	2
Poco Compromiso de funcionarios y trabajadores hacia la mejora continua	3	3	5	11	1
Promoción de la salud (terciaria) limitada por falta de experiencia y experticia	4	2	3	9	3
Acreditación del hospital en proceso frustrado (por falta de compromiso de jefes de departamento y servicios)	3	4	2	9	3

Nota: Percepción de Trabajadores de Hospital Subregional de Andahuaylas

En Resumen, se observa que los problemas priorizados por los trabajadores del Hospital Subregional de Andahuaylas, ha sido “Compromiso de trabajadores y funcionarios limitado”; “Escasa elaboración de las Guías de Práctica Clínica Hospitalaria”; “Falta de Satisfacción del usuario Interno/Externo” y la “Falta de Información sobre oferta de servicios a usuarios internos/externos”

2.2 Identificación de la Necesidad en el Área de Actividad Profesional.

La Dirección Ejecutiva del Hospital Subregional de Andahuaylas en las funciones que corresponden a la Oficina de Gestión de Calidad ha visto por conveniente aceptar la solicitud de pasantía teniendo en cuenta dos elementos; el primero en cuanto la practicante conoce los objetivos y metas propuestas por esta dirección ejecutiva, al haber tenido como responsabilidad en años anterior la jefatura de la Oficina de Gestión de calidad; y en segundo lugar ya que ha adquirido durante la formación universitaria herramientas de la administración, lo que permitió accionar con eficiencia en el proceso de asesoramiento propuesto en el tema de Calidad asistencial.

2.3 Objetivos de la Actividad Profesional

El objetivo del informe de trabajo por suficiencia profesional es describir las actividades realizadas por el bachiller, como asesor temporario en la Oficina de Gestión de Calidad del Hospital Subregional de Andahuaylas lo que permite adquirir conocimientos y experiencia en el asesoramiento de los procesos y procedimientos de esta Unidad administrativa.

El objetivo de la actividad profesional del bachiller fue cumplir con las actividades asignadas por el jefe inmediato de la entidad; según lo requerido por cada obra en la que se laboró, como asesor en la gestión de Calidad.

Estos Objetivos estuvieron relacionados con procesos que permitan asegurar que el usuario final y la población percibieran que estaban recibiendo una atención de calidad fundamentada en los valores éticos que deben remedarse en la gestión pública

2.4 Justificación de la Actividad Profesional

La Oficina de Gestión de Calidad es un órgano de asesoramiento de la Dirección Ejecutiva del Hospital Subregional de Andahuaylas, la cual persigue el mejoramiento continuo de los procesos asistenciales, relacionadas con la seguridad del paciente, la cultura de seguridad, y el mejoramiento continuo que se evidencia a través de una estrategia permanente, las “rondas de seguridad”.

2.5 Resultados Esperados

Durante el proceso de Análisis de la situación respecto a la calidad asistencial se ha identificado en forma general diferentes debilidades, tanto en la organización como en la aplicación de las estrategias. Se ha esperado que al final del periodo de práctica profesional se haya logrado:

- Implementar el análisis PEST, que identifica los factores del entorno general que afectaría a la entidad; y como paso previo al Anales FODA aporta en los entornos “Político”, “Económico”, “Social” y “tecnológico”
- Desarrollar con los actores involucrados en la oficina de Gestión de Calidad del Hospital Subregional de Andahuaylas, el Análisis FODA, como sustrato del Plan Táctico Inicial en el órgano explorado.
- Desarrollar diagnóstico sobre Nivel de la Cultura de Seguridad y Seguridad de Paciente en el Hospital Subregional de Andahuaylas, como base para planes de mejora y “rondas de seguridad”

- Identificar factores relacionados con el desempeño en la práctica profesional de los trabajadores asistenciales, a través de diseño de protocolo de Evaluación 360 grados en servicio especializado.

Capítulo III: Marco Teórico

3.1 Bases Teóricas de las Metodologías o Actividades Realizadas

3.1.1 La calidad

Para crear, gestionar, instalar y aplicar un sistema de gestión de la calidad sanitaria se necesita un amplio marco teórico que permita entender y aplicar de forma homogénea las ideas de calidad que se suelen utilizar en el ámbito de la salud.

Se pueden utilizar diferentes terminologías, categorías y modelos para categorizar la calidad, dependiendo de la especialidad. No existe un acuerdo universal sobre cómo definir la calidad de la atención (Blumenthal, 1996), pero la definición de servicios sanitarios de la Organización Internacional de Normalización (OIM) es una de las más aceptadas. La OIM define los servicios sanitarios como el grado en que los servicios de salud para individuos y poblaciones incrementan la probabilidad de obtener resultados aceptables que son comparables con los conocimientos de los profesionales de la salud. De la misma manera, al discutir sobre “Calidad Asistencial” se ha llegado a gran consenso al considerar que esta es la suma de varios atributos, entre los cuales están:

1. Asistencia sanitaria.
2. Garantizar la satisfacción de las necesidades de los pacientes en materia de asistencia sanitaria. De la mano a los avances científicos y tecnológicos, más recientes, en el tema

para ofrecer la máxima calidad de atención sanitaria de la que somos capaces garantizar que el paciente esté satisfecho con el tratamiento que recibe.

La calidad es un término que se ha utilizado en una amplia variedad de contextos en todo el mundo, desde el ámbito general al más restringido de la atención sanitaria. En este sentido, una de las posiciones más reconocidas es la de Avedis Donabedian, que dice

"El grado de calidad de los tratamientos médicos se mide por la manera en que se ponen en práctica los últimos descubrimientos de la medicina, que aportan beneficios para la salud sin aumentar también los riesgos. Por lo tanto, ¿hasta qué punto pueden los pacientes prever la mejor relación posible entre los beneficios y los peligros de recibir este tratamiento? A esto nos referimos cuando se habla de la "calidad" de la atención. La calidad de la atención se mide por lo bien que se piensa en equilibrar los posibles peligros con las posibles satisfacciones para el paciente".

Es importante subrayar que se debe considerar que todas las partes implicadas en una referencia médica han dado tratamiento. Esto significa que la palabra "médico" engloba algo más que el trabajo realizado por los médicos; asimismo la palabra "usuario" se utiliza para incluir no sólo al paciente, sino también a sus acompañantes y a los propios profesionales sanitarios.

Hay una gran cantidad de factores complementarios que deben tenerse en cuenta a la hora de establecer lo que supone una atención médica de calidad. en lo que respecta a la calidad de la atención sanitaria:

Lograr un alto nivel de vida es un objetivo legítimo para la población en general y una responsabilidad de todos los actores sociales, incluyendo los gobiernos. Uno de los efectos del derecho a la atención sanitaria es la mejor calidad de los servicios.

- Cuando se trata de la atención sanitaria, la calidad no implica lujo o dificultad, sino más bien uniformidad en los tres niveles de atención.
- La calidad no es un fin, sino una condición siempre escurridiza, ya que es una construcción social, cultural e histórica que prueba los límites de la imaginación y el intelecto humano.
- Teniendo en cuenta que el usuario (sus necesidades y expectativas) es el que juzga en última instancia la calidad, se deduce que la comprensión de la diversidad racial y cultural del país es crucial. Por lo tanto, es fundamental un enfoque de diálogo intercultural, tanto en la determinación de los objetivos de calidad como en las actividades de mejora reales, en lugar de un intento de homogenización.
- Sin embargo, la calidad puede valorarse mediante enfoques tanto cualitativos como cuantitativos, y depende de una gran variedad de parámetros objetivos y subjetivos.

La oferta de una atención sanitaria de alta calidad no es responsabilidad de unos pocos privilegiados, sino de todos los asociados de una determinada organización.

3.1.2 Dimensiones de la calidad.

A pesar de su carácter general, el concepto de Avedis Donabedian para el análisis de la calidad de la atención sanitaria, puede seguir siendo el más aceptado de los varios que se han planteado. A pesar de su amplitud, el triple enfoque propuesto por Avedis Donabedian (las características de la atención técnica, los vínculos interactivos entre el proveedor y el consumidor, y el contexto o entorno de la atención) sigue siendo el más reconocido entre los cuidadores, los pacientes y los entornos en los que interactúan para ofrecer tratamiento. Estas dimensiones se expresan de la siguiente manera:

Dimensión técnica – Científica: referida a los aspectos científico – técnico de la atención.

Dimensión Humana: que se refiere al aspecto interpersonal de la atención.

Dimensión del Entorno: que comprende las facilidades que la institución dispone para la mejor prestación de los servicios y que generan un valor agregado a la misma al usuario con costos razonables y que sean sostenibles.

3.1.3 Seguridad del paciente

La seguridad del paciente es un aspecto crítico de la calidad en este escenario. En los años siguientes, todos los esfuerzos de desarrollo y modernización se han dirigido a mejorar la calidad de la atención médica prestada.

Se han producido avances en la seguridad del paciente en varios países, como el Reino Unido, Suiza, Canadá, Australia y España. En 2002, la Asamblea General de la Organización Mundial de la Salud aprobó una resolución en la que instaba a sus países miembros a centrarse en la seguridad del paciente. En octubre de 2004, se creó la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente con el lema "primero no hacer daño", es decir, la máxima hipocrática (*Primum non nocere*), con el fin de disminuir el riesgo de accidentes y errores del sistema sanitario.

Los enfoques por los que la Seguridad de Pacientes ha venido a enriquecer la práctica médica son múltiples. En primer lugar, el conocimiento de la epidemiología del error asistencial, su detección y análisis (con todas sus técnicas como los Análisis de Causas Raíz), y las buenas prácticas derivadas de su estudio que diversas agencias internacionales se han encargado de difundir (AHRQ, JCAHO). Por otro lado, la divulgación de herramientas de Gestión del Riesgo (AMFE, diagramas de Ishikawa, técnica DAFO) ha ido favoreciendo una cultura que se ha incorporado a nuestros centros asistenciales a través de servicios de calidad o de líderes bien formados en gestión (Borges, 2020).

En este número de Anales de Pediatría se presentan dos ejemplos de estas herramientas de gestión de calidad y seguridad de pacientes.

El primero plantea el papel de los checklist o listas de verificación (Andrés Concha-Torre, Yolanda Díaz Alonso, Sara Álvarez Blanco, Ana Vivanco Allende, Juan Mayordomo-Colunga, Bárbara Fernández Barrio., 2020). Esta herramienta comenzó a utilizarse ante la debilidad de la memoria humana y la fragilidad de nuestro rendimiento ante tareas complejas. Los dos primeros ejemplos reconocidos son las listas de verificación empleadas en los vuelos de la NASA en sus misiones Apolo, y como solución al desastre que supuso la primera prueba de vuelo del bombardero B-17, la denominada Fortaleza Volante. A partir de ahí, se ha hecho universal el uso de las listas de verificación en las industrias de alto riesgo y alta fiabilidad. Y afortunadamente esa herramienta se ha trasladado a la actividad sanitaria hace relativamente poco, con la introducción del checklist de canalización de catéteres venosos en 2004 (uno de los elementos del exitoso Bacteriemia Zero) y del checklist quirúrgico de la OMS en 2009.³ Pero tal y como remarcan los autores de este artículo de Anales, a veces la cumplimentación de los checklist se transforma en un acto reflejo que no se aprovecha para potenciar las barreras de seguridad del sistema (re-comprobación de aspectos críticos, potenciación de la comunicación en el equipo asistencial...) y, al contrario, pasa a ser un ritual que deja no pocas veces una falsa sensación de seguridad.

El segundo artículo trata los sistemas de prescripción electrónica asistida, (Carla Fernández Oliveira, Cristina Martínez Roca, Alejandro Ávila Álvarez, Vanesa Balboa Barreiro, Víctor Giménez Arufe, Pedro Yáñez Gómez, María Carmen Hermida Bouzas, Isabel Martín Herranz., 2020) otra herramienta ya clásica que nos ayuda a evitar el principal grupo genérico de errores asistenciales, los relacionados con el uso de medicamentos. Los autores evidenciaron una disminución de un 40% en la frecuencia de errores, sobre todo en las fases de dosificación y transcripción, aunque se trata de una herramienta que requiere esfuerzo para su uso eficiente, e inversión económica previa. Además, no excluye totalmente la posibilidad de errores en fase de prescripción, dispensación y administración (B.U. Mueller, D.R. Neuspiel, E.R.S.

Fisher.B.U. Mueller, D.R. Neuspiel, E.R.S. Fisher.B.U. Mueller, D.R. Neuspiel, E.R.S. Fisher., 2019)

Cuando un fallo ocurre, la honestidad se espera como un ideal ético y deontológico de la profesión médica. Sin embargo, el modo de abordar el error desde la medicina, con frecuencia, consiste en el ocultamiento, en el desinterés, en la falta de información a pacientes y, a veces, en el castigo del presunto responsable (Giraldo P, Corbella J, Rodrigo C, Comas M, Sala M, Castells X., 2016)

Las investigaciones del equipo de Aranaz sobre seguridad sanitaria en España y América Latina son de las más relevantes de la región. Presentaron sus conclusiones en la investigación Eneas (Aranaz J, Aibar C, Vitaller J, Requena J, Terol E, Kelley E et al, 2009), que examinó los eventos adversos en los hospitales españoles el año 2005. Se descubrió que el 9,3% de los pacientes fueron diagnosticados con EA, siendo la tasa de eventos evitables el 42,6% y los relacionados con la mortalidad el 3,5% del total. Tras realizar un estudio similar en España en 2007, los mismos investigadores realizan ahora otro estudio sobre la seguridad del paciente en atención primaria (APEAS) (Aranaz J, Aibar C, Limon R, Mira J, Vitaller J, Agra Y et al., 2011).

Se encontró EA en el 11,18 por ciento de la población. "En el estudio hubo un 54,7 por ciento de casos leves, un 38,0 por ciento de moderados y un 7,3 por ciento de graves. Mientras que el 65,3 por ciento de los acontecimientos adversos (EA) leves eran evitables, el 75,3 por ciento de los EA moderados también lo eran. Y, por último, el 75,3 por ciento de los acontecimientos adversos graves también lo eran. El 80 por ciento de los EA fueron evitables en el 75,3 por ciento de los casos.

3.1.4 Cultura de seguridad

En todas las organizaciones, los actores comparten formas de hacer y formas de pensar que tienen consecuencias en la seguridad: a esto se le llama cultura de seguridad. En muchas empresas o sitios industriales, promover esta cultura de seguridad es un gran desafío en términos de prevención y control de riesgos

Atribuir los comportamientos de seguridad observados únicamente a los individuos encuentra rápidamente sus límites en términos de prevención. Es hora de cambiar nuestra perspectiva y comprender qué características de la organización tienen una influencia positiva o negativa en la relación de los empleados con la seguridad, como la claridad de los procedimientos, el diálogo con la dirección, el reporte y procesamiento de alertas, etc., es el enfoque de cultura de seguridad.

Pilares de la Cultura de Seguridad

1. Seguridad Técnica: en primer lugar, están las acciones técnicas: integridad de las instalaciones, redundancias, detectores de deficiencias, automatismos de protección:
2. Sistema de Gestión de la Seguridad: el desarrollo de sistemas de gestión de la seguridad (SMS): formalización del conjunto de los procesos, procedimientos y normas implantados para mejorar la seguridad.
3. Factores Humanos y Organizacionales: el reconocimiento de la importancia de los factores humanos y organizativos (FHO), es decir, la identificación y toma en consideración de los factores que condicionan una actividad humana eficiente y segura.

Hay cuatro componentes de los factores humanos y organizativos que contribuyen a la seguridad:

1. los individuos: competencias, formación, estado de salud.

2. la situación de trabajo: diseñada o no en función de las características humanas y de las tareas que hay que realizar,
3. los colectivos de trabajo: calidad de los colectivos y de los debates, transmisión, vigilancia compartida.
4. la organización y la gestión: en especial la función de los directivos, la implicación de los empleados en la elaboración de las reglas, el tratamiento participativo de las situaciones problemáticas

Atributos de la Cultura de Seguridad

Algunas culturas corporativas están más abiertas que otras a la incorporación de medidas de seguridad en sus planes. Disponemos de una idea clara de sus cualidades, lo cual es un paso positivo para dirigir nuestros esfuerzos hacia las áreas adecuadas. Numerosas investigaciones han revelado cuáles son las características deseables de una cultura organizativa favorable a la seguridad industrial, que pueden agruparse en siete grandes atributos.

1. Conciencia compartida de los riesgos más importantes, el cual está ligado a la estrategia global de la entidad. Tiene por finalidad prevenir accidentes mayores, así como accidentes graves y mortales, es una prioridad en materia de seguridad, compartida por todos los actores de la organización.
2. Cultura interrogativa o inquisitiva, fomenta el compartir la convicción de que los riesgos nunca pueden ser totalmente controlados.
3. La organización se ocupa de ejercer una vigilancia colectiva constante. Aunque no haya habido accidentes graves durante muchos años continúa dudando, se interroga sobre la realidad del terreno, alienta los señalamientos y las alertas, busca las causas profundas de los acontecimientos graves. Esto están ligados a los procesos que se aplican en la entidad.

4. Cultura integrada lo que representa que la movilización de todos es lo más importante. Nadie es el único poseedor de las claves de la seguridad. Es necesario implicar al conjunto de los actores de la organización, sin olvidar las instancias representativas del personal y los proveedores externos.
5. Equilibrio apropiado entre lo regulado y lo gestionado lo que significa que se debe encontrar un equilibrio entre la seguridad regulada (en referencia a las reglas y procedimientos) y la seguridad gestionada (iniciativa del personal en el terreno) en función del contexto y de la actividad de la organización.
6. Acción permanente a los tres pilares, exige acción coherente sobre la fiabilidad técnica, los sistemas de gerenciamiento y los factores humanos y organizacionales lo que sería indispensable para progresar en materia de seguridad. No hay que desatender ninguno de los 3 pilares.
7. Liderazgo de la dirección en implicación de los trabajadores, que se transforma en un desafío para la organización en donde representa ir hacia una cultura de seguridad integrada, que favorece la implicación de los funcionarios y los operadores sobre las cuestiones de seguridad.

Cultura de Transparencia, lo que implica generar confianza dentro de la organización para liberar la palabra, asegurar una política de cultura justa, coherencia entre los discursos y una comunicación leal a nivel externo e interno lo que las clave de esto.

3.1.5 Evaluación de Desempeño.

La evaluación del desempeño (EDP) tiene por objeto reemplazar los juicios ocasionales generados a partir de una amplia variedad de parámetros, proporcionando un proceso permanente, metódico, organizado y en cadena para emitir una opinión sobre los colaboradores y su trabajo habitual. La evaluación tiene un carácter tanto retrospectivo como obligatorio,

siendo el objetivo fundamental que se persigue es una mayor conexión entre los objetivos de la organización y los del personal.

La evaluación del desempeño de los empleados se define como "una valoración sistemática del rendimiento de cada individuo en el puesto o de su capacidad de desarrollo en el futuro", tal y como afirma Chiavenato. El propósito de cualquier evaluación es alentar o valorar la capacidad, la calidad y los valores de la persona evaluada. Es una concepción que evoluciona, ya que las evaluaciones oficiales e informales de los colaboradores se realizan sistemáticamente en todas las organizaciones. Además, la evaluación del desempeño es una herramienta fundamental para medir el éxito de cualquier actuación administrativa (Chiavenato, 2001).

La evaluación del desempeño de un colaborador se utiliza para comprobar lo bien que ha cumplido con los objetivos y las actividades relacionadas con su trabajo, y no sólo para recompensarles pecuniariamente por ello, sino también para gestionar un departamento de RRHH equitativo y eficiente, para gestionar el staff de una forma lógica (Urquijo, J., & Bonilla, J., 2008)

Métodos de Evaluación

En la actualidad existen varias formas de evaluar el rendimiento de un colaborador en el lugar de trabajo gracias al uso difundido de la evaluación del rendimiento (Bohlander y Snell , 2005). Alles sostiene que la mayoría de estos métodos se efectúan en un esfuerzo por atenuar los efectos negativos de otros métodos: Los métodos para evaluar el desempeño de los empleados pueden clasificarse de acuerdo con las características que utilizan para hacerlo. Rasgos, acciones o resultados sustentados en evidencias.

Los enfoques más comunes se basan en los rasgos, a pesar de su falta de objetividad. Para evaluar la información orientada a la acción de los trabajadores, los enfoques basados en

el comportamiento son los mejores para el desarrollo de las personas, ya que proporcionan a los empleados más información orientada a la acción; el enfoque basado en los resultados es ampliamente adoptado debido a su énfasis en las contribuciones cuantificables de los trabajadores a la empresa.

Modelo de evaluación por características

Esta técnica, según Bohlander, Sherman y Snell citados anteriormente, se basa en medir el nivel de adhesión de un colaborador a un grupo de valores de la empresa, como la fiabilidad, la innovación, la iniciativa y el liderazgo. La aceptación se debe a su facilidad de administración; sin embargo, si la "lista" de características no se elabora en relación con el puesto de trabajo, el producto va a estar muy lejos de la verdad y puede ser una evaluación subjetiva.

Modelo de evaluación por comportamiento

Uno de los posibles inconvenientes de una evaluación del desempeño sobre la base de los rasgos es que pueden ser ambiguos y subjetivos. Uno de los problemas de recurrir a los rasgos para medir el progreso es que esas evaluaciones podrían ser difíciles de concretar. Por el contrario, los enfoques centrados en el comportamiento se enfocan en definir los comportamientos aceptables e inaceptables en el lugar de trabajo. Su principal valor estriba en los datos que se ofrecen para mejorar los recursos humanos.

Evaluación de desempeño por competencias.

Como sistema de control, la evaluación del desempeño basada en la competencia sirve para demostrar la presencia de un comportamiento adecuado y se basa en la observación de comportamientos concretos más que en los criterios generales de evaluación en general; es mucho más objetiva que las evaluaciones clásicas. El papel del evaluador ha cambiado y ha

pasado de calificar el desempeño a limitarse a detectar casos de prácticas deseables o indeseables (Mino A., y Flores M., 2009).

Modelo de evaluación por resultados.

La utilidad más destacada de las técnicas orientadas a los resultados es su objetividad en comparación con otras formas de evaluar el desempeño de los colaboradores. La principal ventaja es que son menos proclives a los prejuicios que otros enfoques, ya que se centran únicamente en el seguimiento de los resultados y no en los factores cualitativos (Bohlander y Snell , 2005).

Retroalimentación 360 grados

Un método de evaluación de desempeño común es la retroalimentación de 360 grados. En este escenario, quien conduce la evaluación, como el supervisor de recursos humanos, entrevista al supervisor de un empleado, compañeros y cualquier reporte directo. Esta técnica permite que el evaluador obtenga un perfil completo del empleado. Además de valorar el desempeño en el trabajo del empleado y establecer las habilidades técnicas, recibe una retroalimentación profunda sobre el comportamiento del trabajador.

En los procesos tradicionales únicamente el superior inmediato realiza la evaluación de cada uno de sus subordinados, que tenía resultados influidos por lo subjetivo. Para obtener una visión más global y objetiva se ha implantado en las organizaciones lo que se denomina evaluación de 360°. Desde el enfoque de las competencias, este método consiste en completar un cuestionario confidencial por parte de todas las personas relacionadas con el evaluado, internas o externas.

La evaluación de 360 grados, también conocida como evaluación integral, es una herramienta cada día más utilizada por las organizaciones modernas. Los principales usos que

se da a la evaluación de 360 grados son las siguientes: medir el desempeño del personal medir las competencias (conductas) y diseñar programas de mejora con el personal.

Dimensiones de la Evaluación de 360°

Según Cornejo, A., et al en la tesis “Modelo de evaluación 360 grados, para fortalecer el desempeño laboral del personal de la Corporación Salvadoreña de Turismo (CORSATUR) ubicada en el Municipio de San Salvador”

- a.** Conocimiento del Trabajo: La definición de conocimiento ha sido trabajada por diferentes autores desde diferentes disciplinas, por ejemplo, para Díaz, el conocimiento significa entonces apropiarnos de las propiedades y relaciones de las cosas.
- b.** Calidad del trabajo: Reeves y Bednar, revisaron el concepto de calidad concluyendo que no existe una definición universal y global de la misma, sino básicamente cuatro tipos de definición: calidad como excelencia, calidad como valor, calidad como ajuste a las especificaciones y calidad como respuesta a las expectativas de los usuarios (Reeves , C.A. y Bednar, D.A., 1994).
- c.** Relaciones con las personas: Chiavenato menciona que las personas pasan la mayor parte de su tiempo trabajando en las organizaciones, las cuales determinan que los individuos dependan cada vez más de las actividades en grupo, de igual manera dice Chiavenato que las organizaciones, personas, grupos, son clases de sistemas abiertos que interactúan permanentemente con sus respectivos ambientes (CHIAVENATO, 1988).
- d.** Estabilidad emotiva: Se menciona que la intensidad o amplitud de nuestras reacciones emocionales ante los problemas, es un factor que refleja nuestro nivel de aprecio personal. Si una persona se derrumba ante las críticas, o siente que pierde su seguridad

ante las frustraciones, los errores o las fallas, se puede tratar de una persona con problemas de autoestima; por el contrario, si la persona no sabe cómo manejar la situación adversa y empieza a sentirse mal, ansioso, somatizando a causa de los problemas y pierde la confianza en sí mismo, seguramente no se trata de alguien con una autoestima fuerte o real.

- e. **Capacidad de Síntesis:** Algunos autores mencionan que el análisis consiste en la separación de las partes de esas realidades hasta llegar a conocer sus elementos fundamentales y las relaciones que existen entre ellos. La síntesis, por otro lado, se refiere a la composición de un todo por reunión de sus partes o elementos. Esta construcción se puede realizar uniendo las partes, fusionándolas u organizándolas de diversas maneras.
- f. **Capacidad Analítica:** Chiavenato además dice que esta apreciación se suma a las definiciones clásicas del proceso administrativo, para las cuales el profesional que utiliza la administración como medio de vida, debe reunir una mezcla balanceada entre habilidades técnicas, humanas y conceptuales. Así, las habilidades conceptuales tradicionalmente se han ubicado en la alta dirección y se concentran en la capacidad para comprender la complejidad total de la organización.

3.1.6 Análisis PESTEL

Según Mercado (Mercado, 2014)), un estudio PESTEL es una técnica utilizada por los profesionales del marketing para evaluar y seguir la influencia de los elementos del macroentorno. Los resultados se utilizarán para crear una matriz de Evaluación de Fortalezas y Debilidades, así como un análisis DAFO de Fortalezas, Debilidades, Oportunidades y Amenazas (FODA). Según Kotler son seis factores que se integran en el análisis (Kotler, 2013).

Factores Políticos

Permiten evaluar los posibles efectos de la regulación gubernamental en las operaciones y los resultados de la entidad. El gobierno hace esto a través de la aplicación de diversas leyes y regulaciones.

En general, pueden incluir factores como las ayudas públicas, los convenios comerciales y las políticas fiscales y monetarias leyes y tratados realizados a escala mundial. En otras palabras, esto incluye las leyes y reglamentos promulgados a nivel nacional, regional y local que tienen un efecto en una entidad. en el ámbito del país, la región o el mundo.

Factores Económicos

Dado que tanto las condiciones económicas nacionales como las mundiales pueden afectar al éxito o al fracaso de una organización, los planificadores han de tener en cuenta todos los factores que puedan afectar a sus beneficios. En primer lugar, el crecimiento del PIB, la tasa de desempleo, el nivel de precios y la balanza comercial son los factores económicos más importantes. Además del valor de mercado de las divisas y el grado general de inflación.

Factores Sociales

La religión, las creencias, la cultura, los hábitos, las aficiones y las preferencias son ejemplos de estos puntos pasiones y gustos. Todos estos aspectos pueden tener un impacto positivo o negativo en los resultados deseados por una organización. Dado que la sociedad va evolucionando y generando nuevas tendencias.

Factores Tecnológicos

Dado el rápido ritmo de cambio de los mercados modernos, son más importantes que antes para cualquier empresa establecida; mejora que se observa ahora en los mercados empresariales. Las entidades que son capaces de adaptarse a los cambios tecnológicos suelen obtener importantes beneficios. Por otro lado, suponen una seria advertencia para las empresas obsoletas que no actualicen sus sistemas e infraestructura

Factores Ecológicos y Ambientales

Las características ecológicas están ligadas a todos los demás elementos que pueden relacionarse con el medio ambiente, ya sea directa o indirectamente, relacionados con la naturaleza de alguna manera, ya sea directa o indirectamente. La organización es sensible a los cambios en la legislación medioambiental y a la actitud del ciudadano sobre la protección del mundo natural.

Factores Legales

Algunas de las normas más importantes son las relativas a la propiedad intelectual, la seguridad social, el salario mínimo y la autorización de licencias.

Para Kotler, la técnica PESTEL es fácil de aplicar y ofrece información invaluable para cualquier organización, importante porque permite identificar los factores que intervienen del entorno externo y que en algunos casos pueden ser identificadas como amenazas para la organización y también las oportunidades que benefician a la organización. El Análisis PESTEL de la organización analizada la mostramos en la Tabla 2.

Tabla 2.

Análisis PESTEL – Hospital Subregional de Andahuaylas

FACTORES EXTERNOS	OPORTUNIDADES	AMENAZAS
POLÍTICOS	Normas de Implementación de Gestión de la Calidad en Salud propuestas a Nivel Nacional	La aplicación a Nivel Regional y Local es muy limitada
	Estándares de Guías de Prácticas de Procedimientos Médicos y Quirúrgicos propuestos	La logística de la Implementación de las guías estandarizadas es insuficiente
ECONÓMICOS		Presupuesto anual para Programas de seguridad del

SOCIALES	Participación de asociaciones de pacientes en programas de seguridad, según la disponibilidad	paciente y Cultura de seguridad financiado para grandes hospitales centralizados Las autoridades sanitarias desconocen al Programa de seguridad como rutina administrativa
TECNOLÓGICO		No se ha implementado aplicativos para el seguimiento de fallas de seguridad y vigilancia de reacciones adversa en hospitales Cirugía segura sin evaluación permanentes en departamentos asignados a la función

Nota: Análisis Organizacional

3.1.7 Análisis FODA

Tabla 3.

Análisis FODA - Hospital Subregional de Andahuaylas

FORTALEZAS	DEBILIDADES
<p>Oficina de Epidemiología con competencias en Seguridad del Paciente.</p> <p>Experiencia en Cultura de Seguridad y Seguridad del Paciente.</p> <p>Equipos e insumos suficientes para la atención del usuario.</p> <p>Atención empática.</p> <p>Presupuesto asignado a la oficina de Gestión de la Calidad.</p>	<p>Comisión de Seguridad no funciona adecuadamente-</p> <p>No se aplicado sistema de dispensación en Dosis Unitaria.</p> <p>Comisión de Farmacovigilancia desactivada.</p> <p>Profesionales no están preparados para asumir responsabilidad en seguridad del paciente.</p> <p>Poca Automatización y tecnología de la información.</p> <p>No hay Historia Clínica Electrónica.</p> <p>Ambientes inadecuados para la atención al paciente.</p> <p>Limitada actividad docente e investigación científica y/o operativa</p>
OPORTUNIDADES	AMENAZAS
<p>Obligación de aplicar normas en seguridad del paciente.</p>	<p>Carencia de mecanismos de acción y respuesta que permita la estandarización del</p>

Posibilidad de estandarizar los procesos y procedimientos de Calidad Asistencial	actuar de los peritos acreditados a nivel Regional.
Población joven y en franco crecimiento	Desconocimiento por parte de otras instituciones y de la ciudadanía en general de la cobertura y servicios que presta la oficina de gestión de la calidad. Poca capacitación de parte del Ministerio de Salud en Seguridad del paciente en los últimos años.

Fuente: Análisis Organizacional

Capítulo IV: Descripción de las Actividades Profesionales

4.1 Descripción de las Actividades profesionales

4.1.1 Enfoque de las actividades profesionales

La actividad realizada dentro del Hospital Subregional de Andahuaylas estaba en el ámbito de las funciones asignadas a la Oficina de Gestión de Calidad. Los registros de gestión (informes, guías, formularios, etc.) generados como consecuencia de estas acciones se procuraron incluir como parte de la evidencia física incluida y que da fe de su veracidad.

Uno de los aspectos fundamentales sobre el cual se ha identificado como uno de los problemas principales y sobre el cual se ha hecho la intervención profesional, es la conducta del profesional de la salud con relación a la seguridad del paciente y el desempeño de estos, donde la Gestión del Talento Humano (GTH) viene a ser la parte neurálgica de la empresa, pero es la que con menos éxito se ha estado llevando.

Se identifica que, el plantel técnico de la Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital Subregional de Andahuaylas carece de los profesionales competentes que permitan cumplir con las funciones de esta dependencia. En el proceso de reclutamiento ha prevalecido la improvisación antes que una selección adecuada de los profesionales, habiendo mal entendido que solo aquellas actividades en donde se evalúan los componentes son los que permiten llegar a los logros, lo que no logra el análisis de la información existente y por ende verificar los indicadores.

4.1.2 Alcance de las actividades profesionales

El alcance de la actividad profesional ha sido descriptivo y analítico. Lo primero debido a que en el proceso se realiza identificación de problemas y/o nudos críticos los cuales son sometidos a métodos analíticos que evidencian que son aquellos factores relacionados con los recursos humanos que según su percepción y entendimiento basados en su cultura organizacional juegan un rol muy importante que derivan en una “cultura de seguridad” que en muchos casos no cubre las expectativas de la organización.

4.1.3 Entregables de las actividades profesionales

Como se ha mencionado líneas arriba, existen prioridades a destacar luego del análisis situacional, y cada uno de ellos derivan en acciones necesarias para cumplir el objetivo de vulnerar las limitaciones en su cumplimiento y la tarea asignada al practicante que ha consistido asesorar a la oficina de Gestión de Calidad en el logro de las acciones planteadas.

Los entregables de este periodo de práctica profesional han sido integrados a las tareas previstas por la Oficina de Gestión de la Calidad, teniendo en cuenta fundamentalmente lo relacionado a la calidad asistencial y la seguridad del paciente, ejes de la Cultura de Seguridad de la institución y Planeamiento Estratégico

4.2 Aspectos Técnicos de la Actividad Profesional.

4.2.1 Metodología Aplicada en la Actividad Profesional

En este estudio se utilizó el método científico como metodología general, ya que se trata de un enfoque sistemático para resolver un problema como medio para abordar los problemas institucionales.

De acuerdo a lo que menciona Arias, los pasos a seguir en el método científico son los siguientes:

- Observación: Percepción del hecho o fenómeno
- Formulación del Problema
- Formulación de la Hipótesis
- Verificación: Recolección de datos
- Análisis: Procesamiento de datos

Conclusión: producto de la verificación y del análisis ejecutado.

4.2.2 Técnicas

Las técnicas utilizadas en este trabajo se han caracterizado por seguir el método científico debido a que los protocolos utilizados tienen validez en su aplicación y que sean de utilidad posterior para la Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital Subregional de Andahuaylas.

Los protocolos utilizados han sido:

- Identificación y Priorización de Problemas en Gestión de la Calidad Asistencial.
- Análisis de Fortalezas, Debilidades, Oportunidades y Amenazas.
- Percepción de la Seguridad del Paciente en profesionales de la Salud.
- Evaluación de Competencias de 360 grados en profesionales de la Salud

4.3 Ejecución de las Actividades Profesionales

4.3.1 Cronograma de Actividades Iniciales.

ORDEN	ACTIVIDADES	MES1	MES2	MES3	MES4	MES5
1	Identificación de Oportunidades y Amenazas al trabajo cooperativo con los profesionales de la OGC					
2	Identificación y Priorización de Problemas de Gestión en Calidad Asistencial y Seguridad del paciente.					
3	Análisis de PESTEL y FODA de la Oficina de Gestión de Calidad del Hospital Subregional de Andahuaylas					
4	Evaluación de Cultura de Seguridad y Seguridad del Paciente					
5	Evaluación de Desempeño 360 grados en profesionales de la Salud del Hospital Subregional de Andahuaylas					

Elaboración propia

4.3.2 Proceso y secuencia operativa de las actividades profesionales.

El resumen de las actividades realizadas se muestra a continuación en las Tablas 4,5 y

6.

Tabla 4.

Análisis Estratégico de la Organización

Ítem	Resultados Esperados	Estatus
1	Informe de Análisis PESTEL	Elaborado
2	Informe de Análisis FODA	Elaborado
3	Matriz de Priorización de Problemas de Gestión	Elaborado

Tabla 5.

Evaluación de Seguridad del Paciente Hospitalario

Ítem	Resultados Esperados	Estatus
1	Organización de Encuestas	Realizado
2	Aplicación de Entrevistas a Centro Quirúrgico	Ejecutado
3	Análisis de Riesgos	Elaborado
4	Informe de Seguridad	Elaborado
5	Construcción del Radar de Seguridad	Construido

Tabla 6-

Evaluación 360 grados -profesionales de Enfermería-HSRA

Ítem	Resultados Esperados	Estatus
1	Diseño del Protocolo	Realizado
2	Socialización de Plan e Instrumentos	Ejecutado
3	Aprobación de Protocolo	Pendiente
4	Aplicación	Pendiente

Capítulo V: Resultados

5.1 Resultados Finales de las Actividades Realizadas

5.1.1 Cultura de seguridad y seguridad del paciente.

Aplicación de Instrumento AHRQ(2014)

Se administró el cuestionario AHRQ (2014) en un ambiente especial del Centro Quirúrgico del Hospital Subregional de Andahuaylas, lugar donde se citó al personal del servicio durante tres días. Se explicó el objetivo de la evaluación, conflicto de interés, el contenido de la encuesta y las opciones de respuestas. Previo a la entrega del instrumento se advirtió sobre la firma de un consentimiento informado que sería diligenciado posteriormente y que los invitaba a participar en la evaluación de forma voluntaria.

En el proceso de pre análisis de la información recolectada se tomó la decisión de agrupar las respuestas con la finalidad de simplificar el análisis posterior: Las dos opciones de respuesta más altas también se agruparon: “de acuerdo”/ “muy de acuerdo” y “la mayoría del tiempo”/ “siempre” las cuales se consideraron respuestas positivas; las dos opciones de respuesta más baja se combinaron también: “muy en desacuerdo” / “desacuerdo”, y “nunca” / “rara vez” y fueron consideradas respuestas negativas; los puntos medios encontrados en las respuestas fueron considerados respuesta neutral.

Esta codificación permitió calcular las frecuencias relativas de cada categoría, para cada uno de los ítems y el indicador compuesto de cada dimensión. Para calcular la

frecuencia de respuesta positiva según El manual del usuario de la AHRQ año 2004, se usó la siguiente fórmula:

Según el Manual AHRQ (2004) se han identificado Fortalezas observando el siguiente criterio:

- $\geq 75\%$ de respuestas positivas (de acuerdo/muy de acuerdo o casi siempre/siempre) a preguntas formuladas en positivo.
- $\geq 75\%$ de respuestas negativas (en desacuerdo/muy en desacuerdo o nunca/raramente) a preguntas formuladas en negativo
- Para cada ítem o una dimensión se califica como oportunidades de mejora:
- $\geq 50\%$ de respuestas negativas (en desacuerdo/muy en desacuerdo o raramente/nunca) a preguntas formuladas en positivo.
- $\geq 50\%$ de respuestas positivas (de acuerdo/muy de acuerdo o casi siempre/siempre) a preguntas formuladas en negativo.

Resultados y Análisis

Se administraron 27 encuestas, que conforma el total de los profesionales que se encuentran en el Centro Quirúrgico del Hospital Subregional de Andahuaylas. Este grupo estuvo conformado por 23 profesionales de Enfermería, 1 Médico Asistente de Anestesiología y 3 médicos residentes de Anestesiología.

La posición laboral de los encuestados es tener contacto directo con los pacientes pre – quirúrgico, quirúrgico y post – quirúrgicos. El 100% de los encuestados manifestaron que tenían contacto directo con los pacientes. Todos los encuestados tenían más de 3 años trabajando en el Hospital Subregional de Andahuaylas, y más de 1 año en el Centro Quirúrgico.

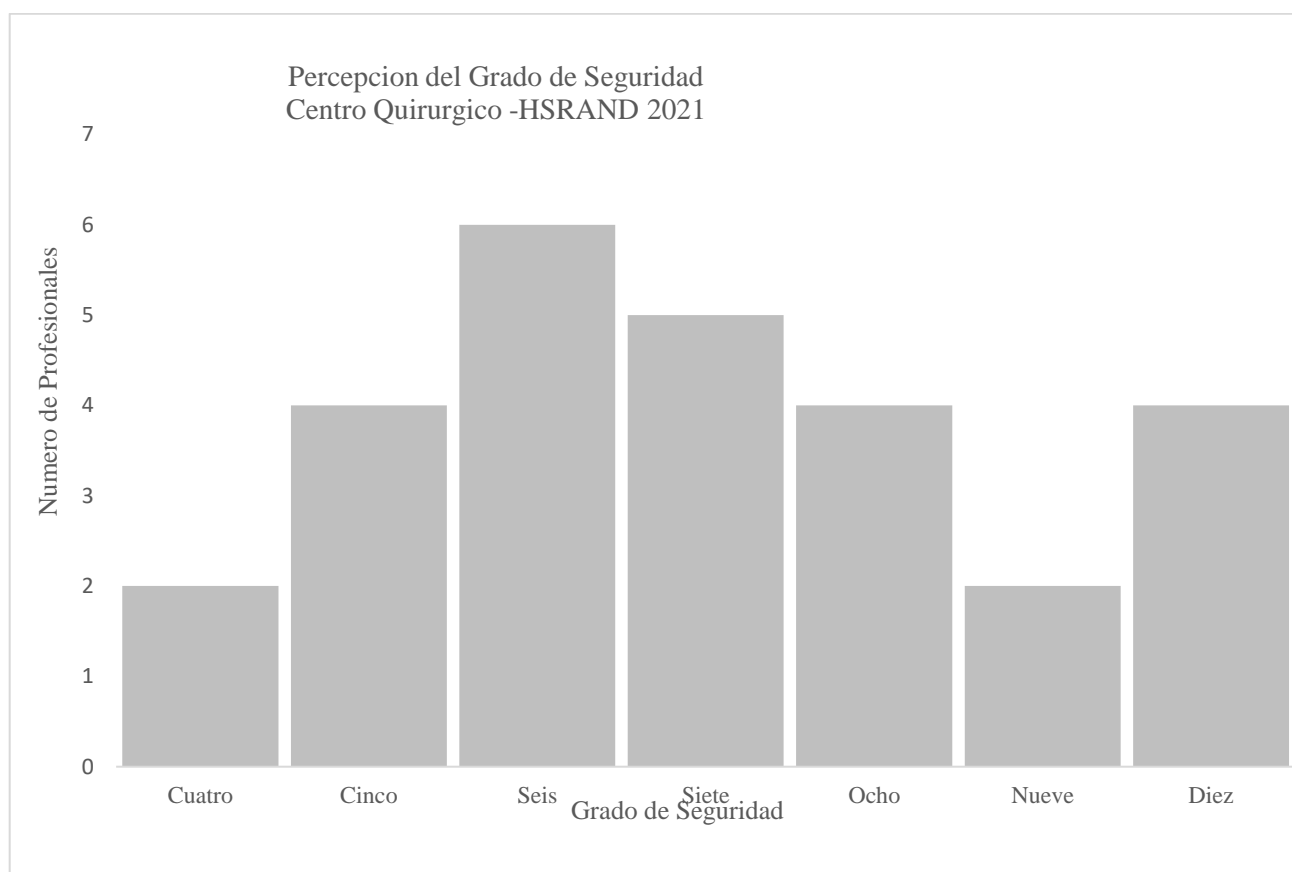
El 75% de los encuestados percibe que trabaja entre 35 y 40 horas por semana (enfermeros(as); el 25% percibe que trabaja 60 horas a la semana (medico asistente y médicos residentes).

Grado de Seguridad en el trabajo

La calificación en su percepción de parte de los profesionales de la salud que laboran en el Centro Quirúrgico del Hospital Subregional de Andahuaylas, revela que la media de todas las calificaciones es de 6. Y su distribución la mostramos en el Figura 1.

Figura 1

Percepción del Grado de Seguridad Centro Quirurgico -HSRAND 2021



Análisis de Dimensiones de la cultura de la seguridad del paciente

Dimensión 1. Trabajando en equipo dentro de las unidades

El porcentaje de respuestas positivas es del 68.5%. Indica que no es una fortaleza ($\leq 75\%$) para el hospital, sin embargo si es una oportunidad de mejora ($\geq 50\%$); todas las preguntas de la dimensión fueron redactadas en positivo. Tabla N° 7

Tabla 7.

Frecuencia de respuestas positivas - Dimensión 1

Dimensión 1. Trabajando en equipo dentro de las unidades	Respuestas para preguntas en negativo (muy en desacuerdo/en desacuerdo)	Respuestas positivas para preguntas en positivo (de acuerdo/muy de acuerdo)	Numero Total de respuestas positivas	Total de respuestas del Item
P1: El personal se apoya mutuamente	NE	24	24	27
P3: Cuando tenemos mucho trabajo, colaboramos todos como equipo para poder terminarlo.	NE	19	19	27
P4: En esta unidad nos tratamos con respeto	NE	15	15	27
P11: Cuando esta recargado de trabajo, suele encontrar ayuda en los compañeros	NE	16	16	27
Frecuencia de respuestas positivas			74	108
Porcentaje de Respuesta				68.5%

Fuente: Encuesta Cultura de Seguridad HSRAND-2020

Dimensión 2. Expectativas y acciones del supervisor para promover la seguridad de los pacientes

El porcentaje de respuestas positivas para esta dimensión fue de 58.3% por lo que se asume que no es una fortaleza ($\leq 75\%$), pero si una oportunidad de mejora ($\geq 50\%$), según los criterios utilizados en el procedimiento de análisis. Tabla N° 8.

Tabla 8.*Frecuencia de respuestas positivas - Dimensión 2*

Dimensión 2. Expectativas y acciones del supervisor para promover la seguridad de los pacientes	Respuestas para preguntas en negativo (muy en desacuerdo/en desacuerdo)	Respuestas positivas para preguntas en positivo (de acuerdo/muy de acuerdo)	Numero Total de respuestas positivas	Total de respuestas del Item
P19: Mi superior/jefe expresa su satisfaccion cuando intentamos evitar riesgos en la seguridad del paciente	NE	16	16	27
P20: Mi superior/jefe tiene en cuenta seriamente las sugerencias que hace el personal para mejorar la seguridad del paciente	NE	14	14	27
P21: Cuando aumenta la presion del trabajo, mi superior/jefe pretende que trabajemos mas rapido, aunque se pueda poner en peligro la seguridad del paciente	15	NE	15	27
P22: Mi superior / jefe pasa por alto los problemas de seguridad del paciente que ocurren habitualmente.	18	NE	18	27
Frecuencia de respuestas positivas			63	108
Porcentaje de Respuesta				58.3%

Fuente: Encuesta Cultura de Seguridad HSRAND-2021

Dimensión 3. Aprendizaje organizativo - Mejoras continuas

El porcentaje de respuestas positivas para esta dimensión fue de 59.3% por lo que se asume que no es una fortaleza ($\leq 75\%$), pero si una oportunidad de mejora ($\geq 50\%$), según los criterios utilizados en el procedimiento de análisis. Tabla N° 9

Tabla 9.

Frecuencia de respuestas positivas - Dimensión 3

Dimensión 3. Aprendizaje organizativo - Mejoras continuas	Respuestas para preguntas en negativo (muy en desacuerdo/en desacuerdo)	Respuestas positivas para preguntas en positivo (de acuerdo/muy de acuerdo)	Numero Total de respuestas positivas	Total de respuestas del Item
P6: Tenemos actividades dirigidas a mejorar la Seguridad del Paciente.	NE	16	16	27
P9: Cuando se detecta algun fallo en la atencion al paciente se llevan a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo	NE	16	16	27
P13: Los cambios que hacemos para mejorar la seguridad del paciente se evaluan para comprobar su efectividad	NE	16	16	27
Frecuencia de respuestas positivas			48	81
Porcentaje de Respuesta				59.3%

Fuente: Encuesta Cultura de Seguridad HSRAND-2021

Dimensión 4. Apoyo que dan los administradores para la seguridad del paciente

El porcentaje de respuestas positivas para esta dimensión fue de 28.4.3% por lo que se asume que no es una fortaleza ($\leq 75\%$), y tampoco una oportunidad de mejora ($\leq 50\%$), según los criterios utilizados en el procedimiento de análisis. Tabla N° 10.

Tabla 10.

Frecuencia de respuestas positivas - Dimensión 4

Dimensión 4. Apoyo que dan los administradores para la seguridad del paciente	Respuestas para preguntas en negativo (muy en desacuerdo/en desacuerdo)	Respuestas positivas para preguntas en positivo (de acuerdo/muy de acuerdo)	Numero Total de respuestas positivas	Total de respuestas del Item
P23: La gerencia o la direccion del hospital facilita un clima laboral que favorece la seguridad del paciente	NE	4	4	27
P30: La gerencia o direccion del hospital muestra con hechos que la seguridad del paciente es una de sus prioridades	NE	12	12	27
P31: La gerencia o direccion del hospital solo parece interesarse por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algun suceso adverso en un paciente	7	NE	7	27
Frecuencia de respuestas positivas			23	81
Porcentaje de Respuesta				28.4%

Fuente: Encuesta Cultura de Seguridad HSRAND-2021

Dimensión 5. Percepciones generales de la seguridad del paciente

El porcentaje de respuestas positivas para esta dimensión fue de 52.8% por lo que se asume que no es una fortaleza ($\leq 75\%$), sin embargo si es una oportunidad de mejora ($\geq 50\%$), según los criterios utilizados en el procedimiento de análisis. Tabla N° 11.

Tabla 11.*Frecuencia de respuestas positivas - Dimensión 5*

Dimensión 5. Percepciones generales de la seguridad del paciente	Respuestas para preguntas en negativo (muy en desacuerdo/en desacuerdo)	Respuestas positivas para preguntas en positivo (de acuerdo/muy de acuerdo)	Numero Total de respuestas positivas	Total de respuestas del Item
P10: No se producen mas fallos por casualidad	8	NE	8	27
P15: Nunca se aumenta el ritmo de trabajo si eso implica sacrificar la seguridad del paciente	NE	15	15	27
P17: En esta unidad hay problemas relacionadas con la seguridad del paciente	11	NE	11	27
P18: Nuestros pprocedimientos y medio de trabajo son buenos para evitar errores en la asistencia.	NE	23	23	27
Frecuencia de respuestas positivas			57	108
Porcentaje de Respuesta				52.8%

Fuente: Encuesta Cultura de Seguridad HSRAND-2021

Dimensión 6. Comunicación e información sobre errores

El porcentaje de respuestas positivas para esta dimensión fue de 37 % por lo que se asume que no es una fortaleza ($\leq 75\%$), además que no es una oportunidad de mejora ($\geq 50\%$), según los criterios utilizados en el procedimiento de análisis. Tabla N° 12.

Tabla 12.*Frecuencia de respuestas positivas - Dimensión 6*

Dimensión 6. Comunicación e información sobre errores	Respuestas para preguntas en negativo (Nunca/ Casi Nunca)	Respuestas positivas para preguntas en positivo (Casi siempre/ siempre)	Numero Total de respuestas positivas	Total de respuestas del Item
P34: Cuando notificamos algun incidente, nos informan sobre que tipo de actuaciones se ha llevado a cabo.	NE	3	3	27
P36: Se nos informa de los errores que ocurren en el servicio.	NE	11	11	27
P38: En mi servicio / Unidad discutimos de que manera se puede evitar que un error vuelva a ocurrir.	NE	16	16	27
Frecuencia de respuestas positivas		30	30	81
Porcentaje de Respuesta				37.0%

Fuente: Encuesta Cultura de Seguridad HSRAND-2021

Dimensión 7. Grado al que la comunicación es abierta

El porcentaje de respuestas positivas para esta dimensión fue de 29.6% por lo que se asume que no es una fortaleza ($\leq 75\%$), además que no es una oportunidad de mejora ($\geq 50\%$), según los criterios utilizados en el procedimiento de análisis. Tabla N° 13.

Tabla 13.

Frecuencia de respuestas positivas - Dimensión 7

Dimensión 7. Grado al que la comunicación es abierta	Respuestas para preguntas en negativo (Nunca/ Casi Nunca)	Respuestas positivas para preguntas en positivo (Casi siempre/ siempre)	Numero Total de respuestas positivas	Total de respuestas del Item
P35: Cuandp el personal ve algo que puede afectar negativamente a la atencion que recibe el paciente, habla de ellos con total libertad	NE	10	10	27
P37: El personal puede cuestionar con total libertad las decisiones o acciones de sus superiores	NE	6	6	27
P39: El personal teme hacer preguntas sobre lo que parece que se ha hecho de forma incorrecta	8	NE	8	27
Frecuencia de respuestas positivas		16	24	81
Porcentaje de Respuesta				29.6%

Fuente: Encuesta Cultura de Seguridad HSRAND-2021

Dimensión 8. Frecuencia de incidentes reportados.

El porcentaje de respuestas positivas para esta dimensión fue de 30.9% por lo que se asume que no es una fortaleza ($\leq 75\%$), además que no es una oportunidad de mejora ($\geq 50\%$), según los criterios utilizados en el procedimiento de análisis. Tabla N° 14.

Tabla 14.

Frecuencia de respuestas positivas - Dimensión 8

Dimensión 8. Frecuencia de incidentes reportados	Respuestas para preguntas en negativo (Nunca/ Casi Nunca)	Respuestas positivas para preguntas en positivo (Casi siempre/ siempre)	Numero Total de respuestas positivas	Total de respuestas del Item
P40: Se notifican los errores que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente.	NE	7	7	27
P41: Se notifican los errores que previsiblemente no van a dañar al paciente.	NE	11	11	27
P42: Se notifican los errores que no han tenido consecuencias adversas aunque previsiblemente podrian haber dañado al paciente.	NA	7	7	27
Total en Frecuencia		25	25	81
Porcentaje de Respuesta				30.9%

Fuente: Encuesta Cultura de Seguridad HSRAND-2021

Dimensión 9. Trabajando en equipo a través de las unidades

El porcentaje de respuestas positivas para esta dimensión fue de 46.3% por lo que se asume que no es una fortaleza ($\leq 75\%$), además que no es una oportunidad de mejora ($\geq 50\%$), según los criterios utilizados en el procedimiento de análisis. Tabla N° 15.

Tabla 15.

Frecuencia de respuestas positivas - Dimensión 9

Dimensión 9. Trabajando en equipo a través de las unidades	Respuestas para preguntas en negativo (muy en desacuerdo/en desacuerdo)	Respuestas positivas para preguntas en positivo (de acuerdo/muy de acuerdo)	Numero Total de respuestas positivas	Total de respuestas del Item
P26: Hay una buena cooperación entre las unidades / servicios que tienen que trabajar conjuntamente	NE	9	9	27
P32: Los servicios / unidades trabajan de forma coordinada entre sí para proporcionar la mejor atención posible a los pacientes.	NE	17	17	27
P24: Las diferentes unidades del hospital no se coordinan bien entre ellas	9	NE	9	27
P28: Suele resultar incómodo tener que trabajar con personal de otros servicios / unidades	15	NE	15	27
Total en Frecuencia			50	108
Porcentaje de Respuesta				46.3%

Fuente: Encuesta Cultura de Seguridad HSRAND-2021

Dimensión 10. El personal.

El porcentaje de respuestas positivas para esta dimensión fue de 32.4% por lo que se asume que no es una fortaleza ($\leq 75\%$), además que no es una oportunidad de mejora ($\geq 50\%$), según los criterios utilizados en el procedimiento de análisis. Tabla N° 16.

Tabla 16.

Frecuencia de respuestas positivas - Dimensión 10

Dimensión 10. El personal	Respuestas para preguntas en negativo (muy en desacuerdo/en desacuerdo)	Respuestas positivas para preguntas en positivo (de acuerdo/muy de acuerdo)	Numero Total de respuestas positivas	Total de respuestas del Item
P2: Hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo.	NE	8	8	27
P5: A veces, no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora	4	NE	4	27
P7: En ocasiones no se presta la mejor atención al paciente porque hay demasiados sustitutos o personal temporal.	8	NE	8	27
P14: Trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas demasiado de prisa.	15	NE	15	27
Total en Frecuencia			35	108
Porcentaje de Respuesta				32.4%

Fuente: Encuesta Cultura de Seguridad HSRAND-2021

Dimensión 11. Transferencias y transiciones

El porcentaje de respuestas positivas para esta dimensión fue de 46.3% por lo que se asume que no es una fortaleza ($\leq 75\%$), además que no es una oportunidad de mejora ($\geq 50\%$), según los criterios utilizados en el procedimiento de análisis. Tabla N° 17.

Tabla 17.

Frecuencia de respuestas positivas - Dimensión 11

Dimensión 11. Transferencias y transiciones	Respuestas para preguntas en negativo (muy en desacuerdo/en desacuerdo)	Respuestas positivas para preguntas en positivo (de acuerdo/muy de acuerdo)	Numero Total de respuestas positivas	Total de respuestas del Item
P25: La informacion de los pacientes se pierde, en parte , cuando estos se transfieren desde una unidad/servicio a otra	9	NE	9	27
P27: En los cambios de turno se pierde con frecuencia informacion importante sobre la atencion que ha recibido el paciente.	16	NE	16	27
P29: El intercambio de informacion entre los diferentes servicios es habitualmente problemático	10	NE	10	27
P33: Surgen problemas en la atencion de los pacientes como consecuencia de los cambios de turno	15	NE	15	27
Total en Frecuencia			50	108
Porcentaje de Respuesta				46.3%

Fuente: Encuesta Cultura de Seguridad HSRAND-2021

Dimensión 12. Respuesta no punitiva a errores

El porcentaje de respuestas positivas para esta dimensión fue de 34.6% por lo que se asume que no es una fortaleza ($\leq 75\%$), además que no es una oportunidad de mejora ($\geq 50\%$), según los criterios utilizados en el procedimiento de análisis. Tabla N° 18.

Tabla 18.

Frecuencia de respuestas positivas - Dimensión 12

Dimensión 12. Respuesta no punitiva a errores	Respuestas para preguntas en negativo (muy en desacuerdo/en desacuerdo)	Respuestas positivas para preguntas en positivo (de acuerdo/muy de acuerdo)	Numero Total de respuestas positivas	Total de respuestas del Item
P8: Si los compañeros o superiores se enteran que has cometido algun error, lo utilizan en tu contra	12	NE	12	27
P12: Cuando se detecta algun fallo, antes de buscar la causa buscan un culpable.	10	NE	10	27
P16: Cuando se comete un error, el personal teme que eso quede en su expediente.	6	NE	6	27
Total en Frecuencia		0	28	81
Porcentaje de Respuesta				34.6%

Fuente: Encuesta Cultura de Seguridad HSRAND-2021

Esta evaluación ha permitido determinar la percepción de la cultura de seguridad de los pacientes en los profesionales enfermeros y médicos del Centro Quirúrgicos del Hospital Subregional de Andahuaylas, y con ello se identificó que este es una área que requiere de

acciones de mejora continua para así reorientar a la organización en materia de seguridad del paciente. En ese sentido, la percepción de que los superiores no dan apoyo en el tema de la seguridad del paciente, la falta de la comunicación abierta, la necesidad de mayor cantidad de recursos y una respuesta punitiva; son debilidades sin oportunidad de mejora que pueden ser sensibles en el momento de un cambio organizacional.

Sería importante que al considerarse la cultura de seguridad del Paciente parte de la “cultura general” de las instituciones prestadoras de servicios de salud; estas sean conceptualizadas mediante herramientas sociológicas y antropológicas, para entender el verdadero sentido de este fenómeno que puede vulnerar y/o cambiar la misión de las organizaciones prestadoras de servicios de salud, en Andahuaylas y en el Perú.

5.1.2 Evaluación de 360 grados.

Progresivamente con el avance del conocimiento hasta la actualidad sobre la globalización como uno de los elementos de cambio más importantes, este evento vislumbra un nuevo panorama que tiene relación directa con las instituciones públicas y privadas en nuestro país y por ende en la formación de los Recursos Humanos lo que las hace más competitivas.

Este panorama mencionado que afecta a las instituciones, se caracteriza porque existen nuevas iniciativas de las organizaciones para competir con mayor eficiencia y efectividad, en términos de calidad y satisfacción. La organización de las instituciones públicas se modifican, adecuándolas a las exigencias innovadoras y a los cambios económicos, tales como la globalización de la economía o la estrecha competencia que existen en el mercado. Además, los cambios sociales y demográficos, tales como la reducción de las personas que llegan a una vida laboral activa y los cambios de valores de los trabajadores de salud.

Dentro del hospital Subregional de Andahuaylas, organizaciones como el área de Recursos Humanos refleja importancia en el desarrollo de esta institución. La cual tendría como

función principal, realizar de la manera más adecuada posible la selección de personal. Por esta razón, se debe buscar mejorar las metodologías, mediante las cuales deberían ser calificados los postulantes, para formar parte del equipo de trabajo de un determinado departamento administrativo o asistencial en la institución. Es por ello que no sólo se evalúan los conocimientos, las habilidades y destrezas en la práctica diaria o pruebas psicológicas y psicotécnicas; también se deberían realizar cierto tipo de dinámicas grupales donde se demuestren las competencias que el potencial empleado posee, es decir, estas pruebas deben buscar ser lo más integrales posibles.

De igual manera, se debe evaluar al personal cada cierto tiempo para saber si cumple el perfil del puesto con el que ha ingresado a la institución. De esta manera, se medirán las competencias y se dará la retroalimentación adecuada a los trabajadores de salud, de manera permanente. Con el fin de obtener información que será un indicador para saber cómo evoluciona el trabajador y qué competencias ha ido desarrollando.

El trabajador del Hospital Subregional de Andahuaylas ha sido evaluado a través de instrumentos que valoraron solamente la relación con el jefe inmediato y no la relación interpersonal, que resulta muy importante para el desarrollo de sus capacidades, es así que al aplicar una evaluación de 360° resultaría una herramienta muy útil, que representa un gran aporte en tener en cuenta el entorno horizontal (colegas), vertical (jefe, colaboradores), y externo (cliente y proveedores) disminuyendo con ello la subjetividad y logrando motivar al empleado, dado que podrá aspirar de forma realista a un ascenso. Además, su importancia radica en servir de retroalimentación al evaluado, indicándole qué cualidades le faltan desarrollar para cumplir a plenitud un determinado perfil.

La respuesta al problema planteado para presentar el proyecto de investigación propuesto en la institución sería “¿En qué medida la aplicación de la evaluación por competencias del método de 360° mejorara el desempeño de los trabajadores administrativos

y/o asistenciales del Hospital Subregional de Andahuaylas, en la provincia de Andahuaylas, Región Apurímac.? Y el próximo objetivo de este proyecto es: Determinar la relación de la evaluación por competencias mediante la aplicación del método de 360° y el desempeño de los funcionarios y trabajadores del Hospital Subregional de Andahuaylas, en el año 2021.

La evaluación mediante el método de 360° permitiría la utilización de fuentes múltiples que proveerían un marco más rico y completo y sobre todo relevante del desempeño de los trabajadores de administrativos y/o asistenciales así como de los funcionarios de la institución , ya que este dirige a las personas hacia la satisfacción de necesidades y expectativas no solo del jefe asistencial y/o administrativo sino también de los usuarios externos del Hospital Subregional de Andahuaylas, que son los que acuden a recibir los servicios asistenciales

Metodología de la Evaluación de 360 grados

La retroalimentación de 360 grados es un enfoque conocido para realizar evaluaciones de desempeño. El evaluador, que puede ser un directivo de RR.HH., hablará con el superior del empleado, con sus compañeros y con sus subordinados directos. Con este método, el evaluador puede reunir una idea completa del trabajador evaluado. Se proporciona una retroalimentación en profundidad sobre la conducta del empleado con evaluaciones del rendimiento laboral y el desarrollo de habilidades técnicas.

Tradicionalmente, sólo el jefe directo evaluaba a sus empleados, lo que daba lugar a resultados subjetivamente sesgados. En los recientes años, la práctica de la "evaluación de 360 grados" ha ganado fuerza en los lugares de trabajo de todo el mundo, como un medio para conseguir una percepción más holística e imparcial de los empleados. Esta técnica, que tiene su raíz en el principio de competencia, hace que todos los que tienen información relevante sobre el sujeto evaluado (tanto dentro como fuera de la empresa) completen un cuestionario privado.

La técnica de recolección de datos es la encuesta, la variable para el instrumento es: Evaluación de 360 grados del desempeño laboral. Los encargados mencionan que en algunos casos los instrumentos necesarios ya fueron diseñados por otros investigadores y lo único que se requiere es adaptarlos. Para fines de esta investigación se adecuó a esta población un instrumento para medir el desempeño laboral de los trabajadores del hospital Subregional de Andahuaylas.

En el Anexo N°2 se muestra el instrumento de recolección.

5.2 Logros Alcanzados

- Identificación y Priorización de Problemas de Gestión
- Análisis de Procesos y Procedimientos
- Preparación de Plan de Trabajo y Protocolo de Evaluación de Desempeño de 360 grados
- Análisis PESTEL y FODA de la Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital Subregional de Andahuaylas.
- Evaluación de Cultura y Seguridad del Paciente en profesionales de la salud en el Hospital Subregional de Andahuaylas.

5.3 Dificultades encontradas

- Desconocimiento de trabajadores del Hospital Subregional de Andahuaylas de Política Institucional sobre Seguridad del Paciente y Cultura de seguridad.
- Falta de Coordinación institucional entre departamentos y servicios asistenciales que están vinculados a los “supuestos planes de mejora” asociados a las rondas de seguridad”

5.4 Planteamiento de Mejoras

- Diseño, ejecución y evaluación de Programa continuo de Capacitación y/o Formación en Cultura y Seguridad del Paciente, en profesionales líderes del Hospital Subregional de Andahuaylas.
- Difusión y ejecución de objetivos de las “Rondas de Seguridad” como estrategia de evaluación y mejoramiento continuo de los procesos y procedimientos de Calidad.
- Reingeniería y modificación de Estructura de atención en Servicios asistenciales del Hospital Subregional de Andahuaylas.
- Identificación y Priorización en la elaboración de las Guías de Práctica Clínica de los Departamentos y Servicios del Hospital Subregional de Andahuaylas.
- Elaboración del Perfil del Proyecto de implementación de Historia Clínica Digital en el Hospital Subregional de Andahuaylas para el año 2023.

5.4.1 Metodologías Propuestas

- Análisis organizacional, estructura y revisión de documentos de gestión institucional.
- Análisis de Fortalezas, Debilidades, Oportunidades y Amenazas (FODA) de la Oficina de Gestión de Calidad del Hospital Subregional de Andahuaylas.
- Análisis del Entorno Externo (PESTEL) de la institución.
- Evaluación de Cultura de Seguridad y Seguridad del paciente en servicio hospitalario del Hospital Subregional de Andahuaylas.
- Formulación de Protocolo de Evaluación de Desempeño 360 grados del Hospital Subregional de Andahuaylas.

5.5 Análisis

En todos los casos, se advierte que el proceso de cambio no será de efecto inmediato y habrá que invertir un tiempo razonable para que participen responsables políticos y técnicos. Las tareas que se proponen se fundamentan en un análisis de la situación de la entidad a partir de las evidencias y experiencias de otras entidades similares y de los recientes estudios realizados.

La oficina de Gestión de Calidad del Hospital Subregional de Andahuaylas, a pesar de contar con pocos recursos humanos certificados como evaluadores, auditores, planificadores de la Calidad Asistencial, gracias al esfuerzo personal de algunos profesionales de la salud, intentan asesorar los procesos y procedimientos que se emplean en esta misión, siguiendo los cánones que están establecidos como pilares de la cultura de seguridad.

La organización es un pilar fundamental en donde radican todas las probabilidades de identificar y ejecutar planes de mejora en entidades que prestan servicios de salud; tal es el caso que presentan los documentos de gestión, aún cuando la misión y visión del Hospital Subregional de Andahuaylas ya vislumbra el tema de la calidad asistencial, estas no están reflejados en el Reglamento de Organización y Funciones.

Los problemas identificados han sido el paso inicial para el presente estudio en esta entidad prestadora de servicios de salud. Tal como se ha descrito anteriormente, prioriza la situación en que se encuentran funcionarios y trabajadores de la salud que aún no se han comprometido o involucrado con el sistema de calidad sectorial.

No se comunica a la población acerca del tipo de servicios a recibir, los cuales son sus derechos, así que no se cumplen los principios de la seguridad del paciente.

Otro problema que se ha hallado es la falta de guías de práctica clínica que permita homogenizar los procedimientos y la identificación de error sistemático y humano que intervienen con mucha frecuencia en los resultados de la atención en esta institución.

Es destacable que en el proceso de indagación y priorización de problemas de la institución, no se hayan visualizado los sistemas de información/indicadores y las auditorias de procesos como temas importantes, dentro de la gestión de la calidad; esto podría significar que aún se está en un nivel inicial de implementación de la calidad asistencial.

5.6 Aporte del Bachiller en la Institución.

Identificados los problemas principales relacionados con la gestión en la calidad asistencial asimismo estableciendo a través de herramientas estratégicas (FODA, PESTEL) la capacidad de gestión de la institución. Tabla 2 y 3

Un aporte importante fue la formulación de un proyecto del plan de auditoría de la entidad el cual fue recibido por la dirección ejecutiva del hospital en fecha 17 de mayo. Este proyecto responde a la deficiente estructura y contenido del plan de auditoria propuesto por el comité de auditoria medica del Hospital de Andahuaylas al inicio del año 2022. Anexo 3

El aporte que ha sido valorado por los funcionarios y colaboradores ha sido la utilización de herramientas que permitieron identificar y priorizar problemas, herramientas de planeamiento estratégico, instrumentos de evaluación de la seguridad del paciente, y el avance en el proceso de evaluación de desempeño utilizado la avaluación retrograda de 360 grados, denominada también evaluación por pares, que es novedoso en los procesos de evaluación de desempeño.

Los aportes se han presupuesto al inicio de la intervención a través del plan de prácticas.

Conclusiones

La intervención de la Bachiller en Administración en las acciones asignadas en la oficina de Gestión de Calidad del Hospital Subregional de Andahuaylas ha sido oportuna y pertinente en razón de la situación real de la institución en donde se prestaron los servicios, en donde las ciencias administrativas aportan con metodología, técnicas e instrumentos.

Según el Plan Operativo Institucional del Gobierno regional de Apurímac que se encuentra articulado con las acciones destinadas a mejorar la situación de salud de la población apurimeña, contempla como objetivo estratégico institucional “único” el OEI 01: Brindar servicios de salud preventiva promocional ; recuperativa y de rehabilitación a la población de Apurímac. En cuanto a las acciones estratégicas que se ligan a este plan el documento de gestión referente a la gestión de la calidad de atención menciona AEI.01.01 “ Servicios de salud renovados que brinden atención con estándares de calidad a la población; cuyos indicadores incluyen: usuarios satisfechos, atendidos en la consulta externa y atención especializada. Las actividades operativas costeadas para el año 2022 han sido medición de la satisfacción del usuario y acreditación del establecimiento.

Teniendo como referencia los anteriormente descrito, se observa que en el proceso de planeamiento, evaluación y seguimiento, la oficina correspondiente solo ha contemplado la encuesta anual de satisfacción del usuario (SERVQUAL) estandarizada por la autoridad sanitaria nacional (MINSA), sin incorporar otras acciones, tales como aquellas del control de la calidad asistencial (rondas de seguridad, auditoria de la calidad, auditoria de salud entre otros). Visto así la práctica profesional dentro de su espíritu de colaboración en la gestión del Hospital Subregional de Andahuaylas, se orientó a introducir las herramientas relacionadas con

la evaluación de la gestión con la finalidad de mejorar las acciones de gestión en la institución.

Grafico1

Del mismo modo en la revisión del Plan de Gestión de la calidad del año 2022, se observó que solo se había planteado un discurso narrativo sin precisar los indicadores y metas de las acciones operativas de la oficina a cumplir en el año 2022. Este inconveniente permitió adecuar el plan de trabajo planteado a la Dirección ejecutiva del Hospital Subregional de Andahuaylas

El Hospital Subregional de Andahuaylas en el año 2021, ha presentado también desorganización en sus servicios asistenciales por falta de una política de Calidad clara y transparente durante la Epidemia del SARS COv2

A pesar que la institución desde el inicio de la epidemia de SARSCov2 en el año 2020, llegó a incrementar su oferta de profesionales hasta en más de 50% comparado al año 2019, con la finalidad de cubrir la demanda de los afectados por la enfermedad; sin embargo esta no ha logrado cumplir los objetivos en el mejoramiento de la calidad de los servicios y menos aún las metas formuladas por línea estratégica para el año 2022. Es más, la institución tomó como pretexto de falta de recursos para la formulación del Plan Operativo de ese año, omitió toda norma de las entidades públicas de la república del Perú, y en este momento está sujeto a evaluación de gestión, por parte de la Contraloría General de la Republica.

Se planteó inicialmente que esta práctica profesional tenía como objetivos y resultados que los profesionales de la salud representados en sus jefaturas de departamento y servicio, estuvieran en la capacidad de identificar problemas de gestión, valorar factores que inciden sobre los mismo y construir un modelo que sea de fácil manejo para la formulación de “planes de mejora” de cada nudo encontrado. **En el anexo 1**, se presenta la documentación de referencia

en donde se informa sobre las herramientas que se están implementado en la oficina de calidad y que se esta informando a la oficina de planeamiento estratégico recomendando su utilización.

Así teniendo en cuenta que luego de la evaluación del potencial encontrado en la institución, como practicante se seleccionaron tres ejes de abordaje de los problemas institucionales, en donde la participación del practicante buscó establecer que los funcionarios se comprometan a desarrollar estos ejes luego del periodo de apoyo a la entidad.

Durante las labores en la Oficina de Gestión de Calidad se han identificado problemas que han sido priorizados, entre los cuales destacan la falta de conocimiento de los profesionales de la salud y personal administrativo acerca de la cultura de seguridad y seguridad del paciente; además de la falta de compromiso de los funcionarios para la implementación de las acciones de la calidad asistencial. Se destaca también la falta de aplicación de la Auditoria Médica como un proceso de control de la atención, así como la no utilización de indicadores en el seguimiento de los procesos.

Los avances según el plan de prácticas establecido se han orientado hacia el análisis estratégico de la organización, la evaluación de la seguridad del paciente hospitalario y la evaluación de 360 grados en profesionales de enfermería del Hospital subregional de Andahuaylas, como piloto del estudio general, cumpliendo una de las metas del POI institucional 2022. En cuanto a los primeros dos ejes abordados se han completado habiendo obtenido resultados que permitirían comenzar los planes de mejora, estos avances se han mostrado en el contenido del presente informe. Anexo 4

En la Tabla 3, se documenta en el análisis FODA, las debilidades que obstaculizan la aplicación de un programa de seguridad del paciente, así como no poder identificar aquellos en donde planes de mejora en áreas específicas darían un valor agregado a las acciones de la Oficina de Gestión de Calidad del Hospital Subregional de Andahuaylas.

Existe la necesidad de dotar de herramientas de gestión estratégica (información, análisis y toma de decisiones a la oficina de Planeamiento estratégico y de esta manera actúen oportunamente ante indicadores adversos a la gestión que incidan sobre las acciones que busca la visión y misión institucional. Así el análisis PESTEL , refleja como una de las amenazas mas importante para el desarrollo de la Oficina de calidad de la institución ; la falta de presupuesto asignado para todas las acciones, además de la falta de conocimiento de las autoridades del hospital (dirección y jefatura de departamentos) sobre los programas de seguridad del paciente por lo que no es aplicable aun una rutina en este campo. Tabla 2

Recomendaciones

Según las labores realizadas en el hospital Subregional de Andahuaylas, este presenta brechas de recursos humanos que no les permite cumplir con toda la cartera de servicios y por ende la satisfacción de los usuarios internos y externos, de esta manera no cumple con las expectativas que se plasman en el plan de Gestión de Calidad hospitalaria. Ante esto se recomienda plantear como alternativa un plan maestro de emergencia que busque a corto plazo la adecuación de los servicios.

Se recomienda implementar y fortalecer las rondas de seguridad como estrategia de identificación y corrección de errores sistemáticos de la atención, bajo las directivas que derivan del Sistema Nacional de Gestión de la Calidad.

Se recomienda diseñar e implementar el proceso de auditoría de la calidad en los servicios asistenciales con la finalidad de identificar fallas en la atención sanitaria individual. Se ha formulado el proyecto de plan de auditoría del Hospital Subregional de Andahuaylas derivando dicho documento a la dirección ejecutiva para su revisión. En la presentación del Plan de auditoría del Hospital de Andahuaylas se ha presentado la formalización de este procedimiento a través de la constitución de un comité especial de auditoría para el año 2022, documento que carece de legalidad debido a que no se ha presentado dentro de este comité al profesional auditor médico de la institución, teniendo en cuenta que existen dos profesionales de la salud con formación en esta área. Cabe destacar que la institución había aprobado en enero del 2022 un plan de auditoría, y ante las falencias de estructura y contenido del mismo previamente informando a la jefatura de la oficina de calidad, se formuló un nuevo documento que comprendía todos los procesos que se aplican a un servicio de salud, en el tema de auditoría.

Anexo 3.

Se recomienda fomentar la utilización de la Historia Clínica digital como mecanismo de recolección de información, esto refleja una oportunidad de mejorar los tiempos de atención y disminuir el retraso en la atención de consultorios externos, así como facilitar los procedimientos quirúrgicos en espera. Se menciona como una intención a corto o mediano plazo en la medida en que en estos momentos el Hospital Subregional de Andahuaylas carece de infraestructura, situación que se encuentra en un proceso de arbitraje cuya solución está supeditada a la solución que los funcionarios regionales y nacionales encuentren para el futuro.

Referencias Bibliográficas

- Andrés Concha-Torre, Yolanda Díaz Alonso, Sara Álvarez Blanco, Ana Vivanco Allende, Juan Mayordomo-Colunga, Bárbara Fernández Barrio. (2020). Las listas de verificación: ¿una ayuda o una molestia?. *An Pediatr (Barc)*, 135.
- Aranaz J, Aibar C, Limon R, Mira J, Vitaller J, Agra Y et al. (Noviembre de 2011). A study of the prevalence of adverse events in primary healthcare in Spain. *European Journal of Public Health*, 22(6), 921-925. doi:DOI: 10.1093/eurpub/ckr168.
- Aranaz J, Aibar C, Vitaller J, Requena J, Terol E, Kelley E et al. (19 de Octubre de 2009). Impact and preventability of adverse events in spanish public hospitals: results of the Spanish National Study of Adverse Events (ENEAS). *International Journal for Quality in Health Care(Int J Qual Health Care)*, 6(408), 408-414. doi:. DOI: 10.1093/intqhc/mzp047.
- B.U. Mueller, D.R. Neuspiel, E.R.S. Fisher.B.U. Mueller, D.R. Neuspiel, E.R.S. Fisher.B.U. Mueller, D.R. Neuspiel, E.R.S. Fisher. (2019). AAP Council on Quality Improvement and Patient Safety, Committee on Hospital Care. Principles of Pediatric Patient Safety: Reducing Harm Due to Medical Care. *Pediatrics*, .
- Blumenthal, D. (1996). Quality of care: what is it? *N Engl J Med*, 335(12), 891-894. doi:doi:10.1056/nejm19960919335121.
- Bohlander y Snell . (2005). Administración de recursos humanos (14° Ed. ed.). Mexico: Cengage Learning.
- Borges, Á. A. (Agosto de 2020). Gestión de calidad y seguridad de pacientes en tiempo de crisis sanitaria. *Anales de Pediatría*, 93(2), 75-76. doi:DOI: 10.1016/j.anpedi.2020.07.001.

- Carla Fernández Oliveira, Cristina Martínez Roca, Alejandro Ávila Álvarez, Vanesa Balboa Barreiro, Víctor Giménez Arufe, Pedro Yáñez Gómez, María Carmen Hermida Bouzas, Isabel Martín Herranz. (2020). Impacto de la implantación de la prescripción electrónica asistida en la seguridad del paciente pediátrico. *An Pediatr (Barc)*, 93, 103-110.
- CHIAVENATO, I. (1988). *Administración de Recursos Humanos*. Mexico: Ed. McGrawHill.
- Chiavenato, I. (2001). *Administración de recursos humanos*. (5a Ed. ed.). Colombia: Mc Graw-Hill.
- Giraldo P, Corbella J, Rodrigo C, Comas M, Sala M, Castells X. (2016). Análisis de las barreras y oportunidades legales-éticas de la comunicación y disculpa de errores asistenciales en España. *Gac Sanit.*, 30(2), 117-120.
- Kotler, K. (2013). *Dirección de Marketing*. (E. d. Milenio, Ed.) Prentice Hall.
- Mercado, S. (2014). *Mercadotecnia Programada*. Limusa.
- Mino A., y Flores M. (2009). *Diseño de un sistema de evaluación de desempeño por competencia, para la dirección de recursos humanos y administración del honorable consejo provincial de Pichincha*. . [TESIS], Universidad Católica de Loja, Ecuador.
- Reeves , C.A. y Bednar, D.A. (1994). *Defining quality: Alternatives and implications*,. *Academy of Management Review*, 19(3).
- Urquijo, J., & Bonilla, J. (2008). *La remuneración del trabajo*. Caracas: Editorial Texto C.A .

Anexos

Anexo 1. Documentos de acreditación de comunicación Interna**1.a Solicitud de autorización de prácticas profesionales**

Andahuaylas, 12 de mayo del 2022

Sr. Anthony Clint Gutiérrez Torres, Director ejecutivo del
Hospital Subregional de Andahuaylas

PRESENTE

Galván Soto, CLARA MICAELA, con DNI N° 31179053, me presento ante usted,
siendo alumna de la Universidad Continental.

Y estando programado para este año la presentación del Trabajo de Suficiencia, para
optar el título de Administración y Gestión Pública, es necesario realizar mis prácticas
profesionales en su institución, vinculado a la Oficina de Gestión de la Calidad en donde
prestare mis servicios en las actividades que se realizan en las líneas estratégicas de esta
oficina.

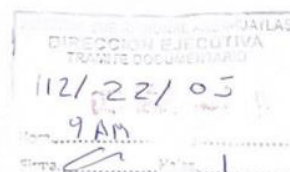
En tal sentido solicito su autorización para incorporarme en la oficina antes
mencionada, en donde aportare en el diseño y implementación de las herramientas de gestión
de la calidad según el Plan de Gestión de la Calidad de la institución.

Esperando su respuesta positiva quedo de usted, con los sentimientos de mi especial
consideración.

Atentamente,



Clara Micaela Galván Soto
DNI: 31179053



1.b: Autorización de prácticas profesionales

Andahuaylas, 18 de mayo del 2022

Sra. GALVAN SOTO, Clara Micaela
Postulante a Prácticas Profesionales en la carrera profesional de Administración y Gestión
Pública, Universidad Continental
PRESENTE

Referencia: Registro N° 2652

Con relación a la carta de la referencia, debo comunicarle que habiendo hecho las coordinaciones respectivas con las Oficinas de Desarrollo de Capacidades, y la Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital Subregional de Andahuaylas, sita en la Provincia de Andahuaylas. Estas oficinas han visto necesaria su participación en la Oficina de Gestión de la Calidad y según su solicitud aportara en el diseño e implementación de las herramientas de calidad que sean necesarias para el cumplimiento del Plan de Gestión de la Calidad del Hospital Subregional de Andahuaylas, desde mayo a diciembre del año 2022.

Por lo que esta dirección ejecutiva autoriza estas, cuyas actividades que realice serán supervisadas por la jefatura de la Oficina de Gestión de Calidad, la cual emitirá un informe sobre sus aportes, al finalizar su práctica profesional

Atentamente




Anthony C. Torres Gutierrez

Director Ejecutivo del Hospital Sub Regional de Andahuaylas

Andahuaylas, 17 de mayo del 2022

Sr. Mario Villena Ascue Subdirector del Hospital Subregional de Andahuaylas

PRESENTE

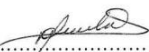
Referencia: Hago llegar informe de acciones programadas de las Prácticas Profesionales por Universidad Continental.

Tengo el agrado de dirigirme a usted con la finalidad de informarle acerca de la situación encontrada en la Oficina de Gestión de Calidad del Hospital Subregional de Andahuaylas, lo cual paso a describir:

1. Seguridad del Paciente: El personal asistencial ha recibido poca sensibilización sobre los pilares de la seguridad del paciente, solo se ha incidido en el eje de las Infecciones asociadas a la atención de salud, de manera parcial. No se encuentran indicadores y herramientas del proceso de datos (Data Science).
2. Eventos Adversos: la vigilancia de los incidentes en los servicios se están realizando sin una lista de chequeo que recoja los incidentes y posibles causas, además de no hacer la correspondencia con los eventos ocurridos. No se utiliza informe de eventos adversos adecuado para los servicios.
3. Se evidencia poca coordinación de parte de la Oficina de Epidemiología del hospital, en cuanto a los resultados de los hallazgos/observaciones que servirían de insumos para informes de recomendaciones oportunas y pertinentes.

Se recomienda la formación de una mesa de trabajo permanente para socializar metodología y forma de presentación de resultados de estos y otros ejes, con el fin de normalizar las narrativas que cada oficina presume como consecuencia de sus acciones de monitoreo y supervisión.

Atentamente;



Clara Micaela Galván Soto

DNI: 31179053



1.d Recepcion de Oficina de Calidad y Capacitacion.



Gobierno Regional de Apurímac
Hospital Sub Regional de Andahuaylas



MEMORANDO N° 240 -2022- OPE-HSRA

PARA: JEFATURA DE LA UNIDAD DE CALIDAD.
JEFATURA DE LA UNIDAD DE CAPACITACIÓN

ASUNTO: REMITE INFORMACIÓN

FECHA: 30 DE JUNIO DE 2022

Por medio del presente se remite información proporcionada por la practicante Clara Micaela Galván Soto; a fin de que sean tomadas en cuenta para la mejora continua del Hospital.

- 1.- Informe PESTEL
- 2.- Informe FODA
- 3.- Informe de Avance

Atentamente

Cc:Arch.



1.e Informes a Oficina de Planeamiento sobre estado de actividades a realizar.

Andahuaylas, 20 de junio de 2022

Sra. Maritza Molero Ibañez
Directora de la Oficina de Planeamiento Estratégico del Hospital Sub Regional de
Andahuaylas

Presente

Me es grato dirigirme a usted, con la finalidad de informarle que, en la primera semana de junio del 2022, se ha comenzado con las actividades operativas que corresponden a las prácticas profesionales en el Hospital Subregional de Andahuaylas", cuyo situación se resume en a continuación.

Análisis Estratégico de la Organización

Ítem	Resultados Esperados	Estatus
1	Informe de Análisis PESTEL	Elaborado
2	Informe de Análisis FODA	Elaborado
3	Matriz de Priorización de Problemas de Gestión	Elaborado

Elaboración Propia

Evaluación de Seguridad del Paciente Hospitalario

Ítem	Resultados Esperados	Estatus
1	Organización de Encuestas	Realizado
2	Aplicación de Entrevistas a Centro Quirúrgico	Ejecutado
3	Análisis de Riesgos	Elaborado
4	Informe de Seguridad	Elaborado
5	Construcción del Radar de Seguridad	Construido


Elaboración Propia

Evaluación 360 grados -profesionales de Enfermería-HSRA

Ítem	Resultados Esperados	Estatus
1	Diseño del Protocolo	Realizado
2	Socialización de Plan e Instrumentos	Ejecutado
3	Aprobación de Protocolo	Pendiente
4	Aplicación	Pendiente

Elaboración Propia

Con los sentimientos de mi especial consideración y estima personal,
Atentamente.


Clara Micaela Galván Soto
DNI 31179053



Andahuaylas, 23 de junio de 2022

Sra. Maritza Molero Ibañez
 Directora de la Oficina de Planeamiento Estratégico del Hospital Sub Regional de
 Andahuaylas
Presente

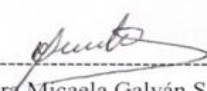
Me es grato dirigirme a usted, con la finalidad de informarle en el mes de junio del año en curso, se ha realizado el “Priorización de Problemas en el Hospital Subregional de Andahuaylas”, como parte de mis actividades de prácticas profesionales en la institución. Presento el resumen del mismo para su conocimiento y uso en el proceso de planificación en su oficina.

PROBLEMAS	CRITERIOS DE PRIORIZACION			PUNTAJE	PRIORIDAD
	frecuencia	Importancia	Factibilidad		
Escasa implementación de los indicadores hospitalarios	3	4	2	9	3
Escasa Implementación de Informes de Auditoría	2	3	1	6	5
Riesgo amplio en Seguridad del paciente	2	3	3	8	5
Limitada Percepción de la Cultura de Seguridad en Servicios	4	3	2	9	3
Equipos para la atención sin Planes de Mantenimiento Preventivos y Correctivos	3	3	3	9	3
Falta de Información a usuarios Interno / Externo	4	3	3	10	2
Satisfacción del Usuario Externo por debajo de lo esperado	3	4	3	10	2
Guías de Práctica Clínica limitadas y sin actualización	2	4	4	10	2
Poco Compromiso de funcionarios y trabajadores hacia la mejora continua	3	3	5	11	1
Promoción de la salud (terciaria) limitada por falta de experiencia y experticia	4	2	3	9	3

Acreditación del hospital en proceso frustrado (por falta de compromiso de jefes de departamento y servicios)	3	4	2	9	3
---	---	---	---	---	---

Esperando sus comentarios o de la unidad correspondiente a la cual asigne esta tarea, con los sentimientos de mi consideración y estima personal.

Atentamente.


Clara Micaela Galván Soto
DNI 31179053



Andahuaylas, 22 de junio de 2022

Sra. Maritza Molero Ibañez

Directora de la Oficina de Planeamiento Estratégico del Hospital Sub Regional de Andahuaylas


Presente

Me es grato dirigirme a usted, con la finalidad de informarle que en la quincena de mayo del año en curso, se ha realizado el "Análisis PESTEL del Hospital Subregional de Andahuaylas", como parte de mis actividades de practicas profesionales en la institución. Presento el resumen del mismo para su conocimiento y uso en el proceso de planificación en su oficina.

FACTORES EXTERNOS	OPORTUNIDADES	AMENAZAS
POLITICOS	Normas de Implementación de Gestión de la Calidad en Salud propuestas a Nivel Nacional	La aplicación a Nivel Regional y Local es muy limitada
	Estándares de Guías Prácticas de Procedimientos Médicos y Quirúrgicos propuestos	La logística de la Implementación de las guías estandarizadas es insuficiente
ECONOMICOS		Presupuesto anual para Programas de seguridad del paciente y Cultura de seguridad financiado para grandes hospitales centralizados
SOCIALES	Participación de asociaciones de pacientes en programas de seguridad, según la disponibilidad	Las autoridades sanitarias desconocen al Programa de seguridad como rutina administrativa
TECNOLOGICO		No se ha implementado aplicativos para el seguimiento de fallas de seguridad y vigilancia de reacciones adversas en hospitales
		Cirugía segura sin evaluación permanentes en departamentos asignados a la función

Esperando sus comentarios o de la unidad correspondiente a la cual asigne esta tarea, con los sentimientos de mi consideración y estima personal.

Atentamente.



Clara Micaela Galván Soto

DNI 31179053



Andahuaylas, 22 de junio de 2022

Sra. Maritza Molero Ibañez
Directora de la Oficina de Planeamiento Estratégico
Presente

Me es grato dirigirme a usted, con la finalidad de informarle en el mes de junio del año en curso, se ha realizado el "Análisis FODA del Hospital Subregional de Andahuaylas", como parte de mis actividades de prácticas profesionales en la institución. Presento el resumen del mismo para su conocimiento y uso en el proceso de planificación en su oficina.

FORTALEZAS	DEBILIDADES
Oficina de Epidemiología con competencias en Seguridad del Paciente. Experiencia en Cultura de Seguridad y Seguridad del Paciente. Equipos e insumos suficientes para la atención del usuario. Atención empática. Presupuesto asignado a la oficina de Gestión de la Calidad.	Comisión de Seguridad no funciona adecuadamente. No se aplicó sistema de dispensación en Dosis Unitaria. Comisión de Farmacovigilancia desactivada. Profesionales no están preparados para asumir responsabilidad en seguridad del paciente. Poca Automatización y tecnología de la información. No hay Historia Clínica Electrónica. Ambientes inadecuados para la atención al paciente. Limitada actividad docente e investigación científica y/o operativa.
OPORTUNIDADES	AMENAZAS
Obligación de aplicar normas en seguridad del paciente. Posibilidad de estandarizar los procesos y procedimientos de Calidad Asistencial. Población joven y en franco crecimiento	Carencia de mecanismos de acción y respuesta que permita la estandarización del actuar de los peritos acreditados a nivel Regional. Desconocimiento por parte de otras instituciones y de la ciudadanía en general de la cobertura y servicios que presta la oficina de gestión de la calidad. Poca capacitación de parte del Ministerio de Salud en Seguridad del paciente en los últimos años.

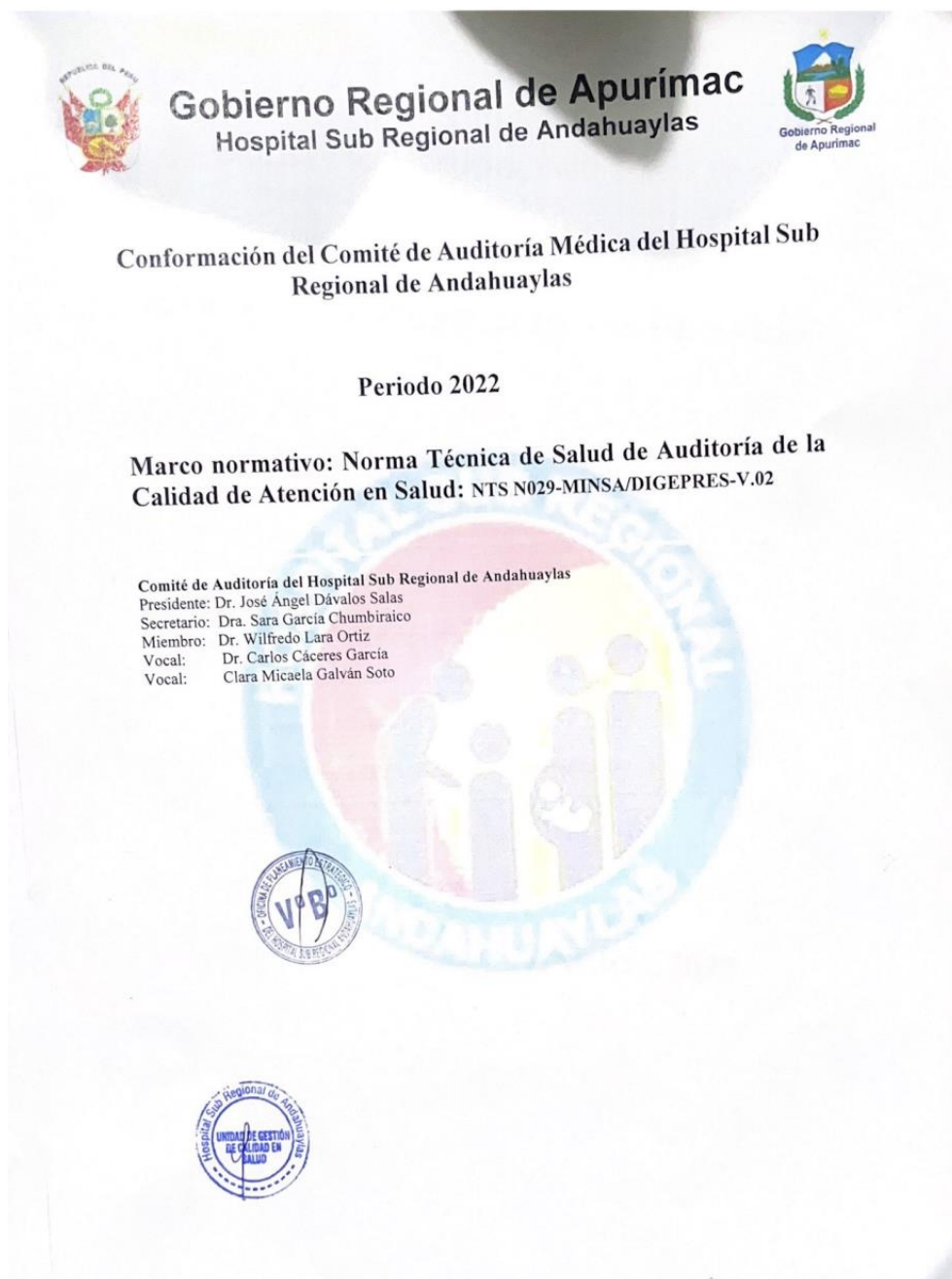
Esperando sus comentarios o de la unidad correspondiente a la cual asigne esta tarea, con los sentimientos de mi consideración y estima personal.

Atentamente.


Clara Micaela Galván Soto
DNI 31179053



1.f Auditoría de Calidad y Medica





Gobierno Regional de Apurímac
Hospital Sub Regional de Andahuaylas
2018 al 2027 "Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres"
"AÑO DEL FORTALECIMIENTO DE LA SOBERANÍA NACIONAL"



HOSPITAL SUB REGIONAL DE ANDAHUAYLAS

PLAN ANUAL DE AUDITORIAS 2022



ENERO, 2022



Anexo 2. 360 grados -Instrumento de Investigación

HOSPITAL SUBREGIONAL DE ANDAHUAYLAS	
EVALUACION DE DESEMPEÑO POR COMPETENCIAS 360°	
AREA:	SERVICIO:
EVALUADOR:	CARGO:
Fecha:	Nivel: (1) autoevaluación, (2) pares, (3) jefe

Conocimiento del Trabajo					
Perfil Profesional	ITEM	0	1	2	3
	¿Cuán profesional se siente en su trabajo diario?				
	¿Al llegar a su trabajo planifica sus actividades?				
Conocimiento de su trabajo diario	¿Cumple sus actividades de manera completa y satisfactoriamente?				
	¿Alcanza los objetivos y metas propuestos por el departamento?				
	¿Conoce los procesos y procedimientos del trabajo que está realizando?				
	¿Conoce los objetivos y metas planteadas por su departamento a corto, mediano y largo plazo?				
Experiencia laboral	¿Se ha tomado en cuenta la experiencia laboral para ocupar el puesto que ocupa?				
	¿Tiene la suficiente experiencia para evaluarse y evaluar a sus compañeros y jefes?				
Comportamiento Individual	¿Respeto a los usuarios, viste adecuadamente mantiene una higiene personal optima?				
	¿Fomenta el orden y la limpieza en su puesto de trabajo?				
	¿Llega puntualmente a su puesto de trabajo? (

	oficina, consultorio, tópico)				
Rendimiento Individual	¿Sabe lo que es evaluación de desempeño?				
	¿Considera que la evaluación de desempeño mejorar la institución?				
	¿Practica la autoevaluación para sus tareas?				
	¿Toma decisiones oportunas en su trabajo diario?				
	¿Registra sus actividades correctamente en algún formato?				
	¿Recibe algún tipo de motivación por su rendimiento?				
Satisfacción del Usuario	¿Trata con calidez a los usuarios de los servicios asistenciales o administrativos?				
	¿Informa a los usuarios sobre los diferentes servicios que presta la institución?				
	¿Es ético en su trabajo diario?				
	¿Colabora en la buena atención que se debe brindar al usuario de la institución?				
	¿Brinda toda la atención que requiere su puesto?				
	¿El usuario reconoce su atención agradeciéndole?				
Comunicación asertiva	¿Se expresa en forma clara y precisa?				
	¿Se dirige por nombre, claridad y respeto a sus compañeros de trabajo?				
	¿Demuestra interés y respeto por lo que dicen sus usuarios y compañeros?				
	¿Escucha a sus usuarios y compañeros sin interrumpir?				

	¿Solicita ideas o recomendaciones a sus compañeros de trabajo y jefes?				
Trabajo en equipo	¿Lidera a su equipo de trabajo en las acciones de su institución?				
	¿Escucha y motiva a su equipo de trabajo?				
	¿Tienen moderación y buen trato con sus compañeros de trabajo?				
	¿Tiene interés en saber las necesidades de su equipo al final de tarea diaria?				
Relaciones asertivas	¿Ejerce los valores institucionales fuera del horario de trabajo?				
	¿Existe confianza y buen trato entre los compañeros de trabajo?				
	¿Está pendiente de las interrogantes y dudas de sus usuarios y compañeros de trabajo?				
	¿Realiza críticas constructivas a menudo?				
	¿Resuelve conflictos ¿				
Manejo de Emociones	¿Resuelve problemas que se presentan durante la atención a los usuarios?				
	¿Controla sus emociones?				
	¿Actúa correctamente en algún incidente que ocurra en el trabajo?				
Actitudes en el trabajo	¿Demuestra positivismo y buen ánimo en las labores diarias?				
	¿Es proactivo?				
	¿Demuestra honestidad y transparencia en sus actos tanto con sus usuarios y compañeros?				
	¿Se organizan talleres y reuniones especializadas y motivacionales?				

Capacitación estratégica	¿Se preocupa por actualizarse o especializarse?				
	¿Participa siempre y puntualmente en las capacitaciones promovidas por su institución?				
Identificación y solución de dificultades	¿Presenta ideas para mejorar su trabajo y del personal a su cargo?				
	¿Presenta soluciones a problemas administrativos?				
Análisis de la información	¿Analiza los procesos de su área?				
	¿Observa los resultados y da recomendaciones?				
	¿Existe retroalimentación de los resultados del trabajo?				
Conocimiento de herramientas estratégicas	¿Hace uso inteligente de los recursos?				
	¿idea nuevas ideas sobre el manejo de su área de trabajo (métodos, técnicas)				
0: No satisfactorio; 1: poco satisfactorio; 2: satisfactorio; 3: Muy Satisfactorio					

Anexo 3. Proyecto de Plan de Auditoria del Hospital Subregional de Andahuaylas

2022

PROYECTO DE GESTIÓN
PLAN DE AUDITORIA DEL HOSPITAL SUBREGIONAL DE
ANDAHUAYLAS

CLARA MICAELA GALVAN SOTO

AÑO 2022

INDICE

Introducción	4
Auditoria de la mejora de la calidad	5
Finalidad	6
Objetivos	6
Objetivos generales	6
Objetivos específicos	6
Ámbito de la aplicación	6
Base legal	6
Contenido	7
Aspectos técnicos conceptuales	7
Auditoria de la Calidad de Atención en Salud:	7
Auditoria de caso	7
Auditoría interna	8
Auditoria medica	8
Auditoria en salud	8
Auditoria programada	8
Auditoria de la gestión clínica	8
Auditoria regular/ordinaria	9
Auditoria dirimente	9
Comité de Auditoria de la Calidad de Atención en Salud	9
Comité de Auditoría Médica	9
Comité de Auditoría en Salud	9
Fuente de Auditorias	9
Análisis de la situación actual Sanitario/Administrativo	10
Antecedentes	10
Problema	10
Causas del problema	10
Población objetivo	10
Alternativas de solución	11
Actividades por objetivos	11
OE1: Establecer la programación periódica para la realización de las Auditorias de la calidad de la atención	11
OE2: Desarrollar mecanismos para la identificación de problemas resultantes de las auditorias de caso y desarrollar las acciones de mejora en la calidad de atención	11

Finalidad

Mejorar la Calidad de Atención en el Hospital Subregional de Andahuaylas, mediante el uso de la Auditoria de la Calidad como herramienta gerencial para la toma de decisiones.

Objetivos**Objetivos generales**

- Generar mecanismos para la realización de Auditorias de la calidad en la atención en el Hospital Subregional de Andahuaylas
- Desarrollar acciones de mejoramiento para contribuir a garantizar la calidad de las prestaciones en salud.

Objetivos específicos

- Implementar el Plan de Auditoria de la Calidad de Atención.
- Establecer la programación periódica para la realización de las Auditorias de la calidad de la atención.
- Desarrollar mecanismos para la identificación de problemas resultantes de las auditorias y desarrollar las acciones de mejora en la calidad de atención.
- Desarrollar mecanismos que permitan la implementación y el monitoreo del cumplimiento de las acciones propuestas.
- Difundir los resultados de las auditorías realizadas.

Ámbito de la aplicación

El presente Plan es de aplicación en el ámbito asistencial de todos los servicios y departamentos del Hospital Subregional de Andahuaylas.

Base legal

- Ley N° 26842 "Ley General de Salud".
- Resolución Ministerial N° 474-2005/MINSA, "Norma Técnica de la Auditoria de la Calidad de la Atención en Salud", Vs.01.
- Resolución Ministerial N° 502-2016/MINSA, "Norma Técnica de la Auditoria de la Calidad de Atención en Salud". Vs.02.
- Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud".

Análisis de la situación actual Sanitario/Administrativo

Antecedentes

Hacia 1980 es un procedimiento implantado en casi todos los hospitales americanos. En nuestro medio, en 1991 se oficializa la Auditoría Médica en el Hospital Guillermo Almenara. En el Instituto de Salud del Niño durante años ha venido funcionando un Comité de Auditoría Médica dependiente inicialmente del Cuerpo Médico; posteriormente a partir de 1996 la Dirección General crea la Unidad de Calidad, y dentro de ella el Comité de Auditoría Médica e Historia Clínica conformado por médicos nombrados por la Dirección General y propuestos por el Cuerpo Médico. Este Comité realiza labor de Auditoría Médica básicamente referida a Historias Clínicas referidas por la Dirección debido a problemas médico legales, posible negligencia médica, permanencia hospitalaria prolongada. Actualmente se está proponiendo la implementación de la Auditoría Médica como un sistema de mejoramiento de la calidad de atención médica.

La misión de la auditoría médica es garantizar las habilidades técnicas de los profesionales, permitir el uso eficiente de los recursos disponibles, y lograr la satisfacción del paciente en sus demandas y expectativas.

Problema

El Plan de Auditoría de la Calidad de atención en salud, es de aplicación en todos los departamentos, servicios y áreas asistenciales, administrativas del Hospital subregional de Andahuaylas, mediante ello se puede verificar el incumplimiento del registro de la historia clínica.

Causas del problema

- Falta de programas de capacitación en Auditoría de la Calidad de atención en salud.
- Falta de registro adecuado en las historias clínicas.
- Insuficiente personal de apoyo con conocimiento de Auditoría de la Calidad. Insatisfacción de personal asistencial, administrativo y de servicios.
- Desinterés y desmotivación del usuario interno.
- Insuficiente presupuesto para actividades de calidad.
- Alta resistencia al cambio

Población objetivo

Mediante las auditorías médicas se supervisa y se evalúa el desarrollo de las actividades de los profesionales del establecimiento de salud a fin de garantizar la calidad de atención.

Alternativas de solución

La Oficina de Gestión de la Calidad es la unidad orgánica encargada del asesoramiento e implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en el hospital, que mantiene un compromiso constante de supervisión y monitoreo de la calidad de atención.

Actividades por objetivos

OE1: Establecer la programación periódica para la realización de las Auditorías de la calidad de la atención

1. Elaboración del Plan de Auditoría Médica 2022.
2. información y Difusión a Jefaturas del HEJCU.
3. Realización de Auditorías de la calidad de atención en salud
4. Realización de Auditorías de la calidad del Registro de Historias clínicas.
5. Realización de Auditorías de caso.

OE2: Desarrollar mecanismos para la identificación de problemas resultantes de las auditorías de caso y desarrollar las acciones de mejora en la calidad de atención.

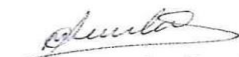
1. Enviar las recomendaciones para el mejoramiento a los departamentos según resultados obtenidos.

OE3: Desarrollar mecanismos que permitan la implementación y el monitoreo del cumplimiento de las acciones propuestas en el proyecto de mejora de la calidad de atención.

El departamento asistencial involucrado establecerá las medidas para el levantamiento de las observaciones y recomendaciones recibidas en el ámbito de su jurisdicción. El Comité de Auditoría realizara el monitoreo en forma periódica del cumplimiento de las recomendaciones y observaciones realizadas.

OE4: Difundir los resultados de las auditorías realizadas.

HOSPITAL SUB REGIONAL	
DIRECCIÓN EJECUTIVA	
TRÁMITE DOCUMENTARIO	
17 MAY 2023	
Tora... 8.302	Reg... 2032
Firma... 	Hojas... 01


DNI 31179053.

Anexo 4: Plan de Practicas

PLAN DE PRACTICAS EN OFICINA DE GESTION DE LA CALIDAD DEL HOSPITAL SUBREGIONAL DE ANDAHUAYLAY 2022

FINALIDAD

Las prácticas profesionales relacionadas con Administración del Sistema de gestión en salud en el Hospital Subregional de Andahuaylas, tiene como propósito orientar las operaciones y acciones del practicante en el área de Gestión de la Calidad en la atención sanitaria.

OBJETIVO

Tomar conocimiento de las acciones que realiza una oficina de una entidad pública, identificar sus practicas y orientar en las acciones que se realice según su plan operativo institucional.

ACCIONES A REALIZAR

Planeamiento de la calidad

Este componente comprende las acciones previas a desarrollar con el objetivo de identificar aquellos problemas de gestión y priorizarlos y así orientar las operaciones necesarias que sean insumo para el plan anual de gestión de la calidad del Hospital Subregional de Andahuaylas. Incluye análisis FODA, PEST entre otros.

Socialización con actores involucrados

Comprenderá reuniones con el equipo de gestión de la calidad y funcionarios responsables para comunicar los resultados de los análisis previos a la etapa de planeamiento.

Diagnostico de cultura de seguridad

Esta acción corresponde a la aplicación de instrumento de cultura de seguridad con el objetivo de identificar dificultades y áreas e mejora en un servicio critico como es el centro quirúrgico de la institución.

Evaluación de desempeño de 360 grados

Se hará la propuesta de desarrollo de la Evaluación de desempeño mediante 360 grados con la finalidad de evaluar la percepción de los operadores acerca de la capacidad de intervención de los profesionales de la salud, funcionarios y usuarios de los servicios.

[Firma manuscrita]
DNI 31179053.



