

"Año de la consolidación del Mar de Grau"



RESOLUCION DIRECTORAL

San Borja, 12 MAYO 2016

VISTO:

El expediente N° 16-004890-001/INSN-SB, sobre la aprobación del Proyecto de Mejora Continua de la Calidad – Aseguramiento del Acceso Oportuno de los Pacientes al Instituto Nacional de Salud del Niño – San Borja para la atención en los Consultorios Externos; y,

CONSIDERANDO:

Que, la Ley N° 26842, Ley General de Salud, establece que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, su protección es de interés público. Por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;

Que, en los incisos a), b) y c) del Artículo 37° del Decreto Supremo N° 013-2006-SA, Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, se establece que al Director Médico le corresponde planificar, organizar, dirigir y controlar la producción de los servicios de salud, asegurando la oportuna y eficiente prestación de los mismos; asegurar la calidad de los servicios prestados, a través de la implementación y funcionamiento de sistemas para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención y las estandarización de los procedimientos de la atención de salud; y, disponer las medidas para el cumplimiento de las normas técnicas de salud aprobadas por el Ministerio de Salud;

Que, el Artículo 96° del Decreto Supremo 013-2006-SA, Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, establece que a fin de garantizar la calidad y seguridad de atención a los pacientes, los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, deben evaluar continuamente la calidad de la atención de salud que brindan, con el fin de identificar y corregir las deficiencias que afectan el proceso de atención y que eventualmente generan riesgos o eventos adversos en la salud de los usuarios;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, se aprobó el Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud", con el objetivo de establecer principios, normas, metodologías y procesos para la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, orientado a obtener resultados para la mejora de la calidad de atención en los servicios de salud;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA se aprueba la NTS N° 050-MINSA-DGSP-V.02, "Norma Técnica de Salud para la acreditación de establecimientos



de salud y servicios médicos de apoyo" y la Resolución Ministerial N° 491-2012/MINSA incorpora el Anexo 4: Listado de estándares de acreditación para establecimientos de salud III-2, el que establece como Criterio GCA.1-3 "El establecimiento cuenta con equipos de mejoramiento continuo de la calidad constituidos y cumplen actividades según planificación";

Que, mediante Resolución Ministerial N° 095-2012/MINSA, se aprueba la "Guía para la Elaboración de Proyectos de Mejora y la Aplicación de Técnicas y Herramientas para la Gestión de la Calidad", la que tiene por finalidad contribuir a la implementación del sistema de gestión de la calidad en salud y sus actividades dirigidas a la mejora continua de los procesos a través de la aplicación de técnicas y herramientas para la gestión de la calidad;

Que, mediante Nota Informativa N° 039-2016-UPP-INSN-SB, el Director Ejecutivo de la Unidad de Planeamiento y Presupuesto, remite a la Jefa de Oficina de la Unidad de Gestión de la Calidad, el Proyecto de Mejora de "Aseguramiento del acceso oportuno de los pacientes al Instituto Nacional de Salud del Niño – San Borja para la atención en los consultorios externos", el mismo que se estuvo analizando en reuniones multidisciplinarias de trabajo, y que fue presentado por la Jefa de Oficina de la Unidad de Gestión de la Calidad a la Dirección General, mediante Nota Informativa N° 00201-2016-UGC-INSN-SB, a fin que, de creerlo conveniente, sea aprobado mediante Resolución Directoral, ya que cuenta con la opinión favorable de la Unidad de Planeamiento y Presupuesto, y de la Unidad de Gestión de la Calidad;

Con el visto bueno del Director Adjunto, de la Jefa de Oficina de la Unidad de Gestión de la Calidad, del Director Ejecutivo de la Unidad de Planeamiento y Presupuesto; y, del Jefe de Oficina de la Unidad de Asesoría Jurídica; y

De conformidad con la Ley N° 26842, Ley General de Salud, el Decreto Supremo 013-2006-SA, la Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, la Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, la Resolución Ministerial N° 095-2012/MINSA, la Resolución Ministerial N° 090-2013/MINSA, la Resolución Ministerial N° 512-2014/MINSA; y, la Resolución Jefatural N° 340-2015/IGSS;

SE RESUELVE:

ARTÍCULO 1°.- Aprobar el Proyecto de Mejora Continua de la Calidad – Aseguramiento del Acceso Oportuno de los Pacientes al Instituto Nacional de Salud del Niño – San Borja para la atención en los Consultorios Externos, el cual en anexo adjunto forma parte de la presente resolución.

ARTÍCULO 2°.- Encargar a la Unidad de Gestión de la Calidad como órgano competente, la difusión, implementación, monitoreo y supervisión del Proyecto aprobado por la presente resolución.

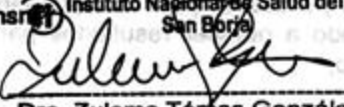
ARTÍCULO 3°.- Disponer la publicación de la presente resolución en el portal institucional de la entidad conforme a las normas de transparencia y acceso a la información pública.

REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y PUBLÍQUESE

EZTG/JCRG/kfs

Distribución

- () DA
- () UGC
- () UPP
- () UAJ
- () Archivo
- () Comunicaciones

Instituto Nacional de Salud del Niño
San Borja

Dra. Zulema Tómas González
DIRECTORA GENERAL



PERÚ

Ministerio
de Salud

Instituto de Gestión
de Servicios de Salud

Instituto Nacional de Salud
del Niño – San Borja



PROYECTO DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD

**ASEGURAMIENTO DEL ACCESO OPORTUNO DE LOS PACIENTES
AL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO SAN BORJA PARA
LA ATENCIÓN EN LOS CONSULTORIOS EXTERNOS**

LIMA - PERU

2016



ÍNDICE

ÍNDICE	3
1. INTRODUCCIÓN	4
2. EQUIPO DE MEJORA	5
3. DEPENDENCIA	5
4. POBLACIÓN OBJETIVO	5
5. LUGAR DE EJECUCIÓN	5
6. DURACIÓN	5
7. ANTECEDENTES	5
8. JUSTIFICACIÓN	7
9. OBJETIVOS	7
10. METODOLOGÍA	7
11. PLAN DE ACCIÓN	19



2. EQUIPO DE MEJORA

- Unidad de Atención Integral Especializada: Dr. Antonio Zopfi Rubio
- Unidad de Soporte al Diagnóstico y Tratamiento - Sub Unidad de Atención de Servicio al Paciente: Sr. Ricardo Becerra Julca y Dr. Carlos Murillo Huapaya.
- Unidad de Tecnología de la Información: Ing. Ronald Vargas Álvarez
- Unidad de Gestión de la Calidad: Dra. Dra. Katia Granados Guibovich y Dr. Alex Mantilla Espíritu.
- Unidad de Administración - Equipo de Seguros: Dra. Ana María Valverde Bejar
- Unidad de Planeamiento y Presupuesto: Ing. Carmen Torres Sánchez

3. DEPENDENCIA

Sub Unidad de Atención de Servicio al Paciente

4. POBLACIÓN OBJETIVO

Los pacientes menores de 17 años, 11 meses, 29 días que acuden al INSN SB para la resolución de su problema de salud complejo en los diferentes servicios especializados del Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja, así como sus Tutores.

5. LUGAR DE EJECUCIÓN

Se realizará en las áreas de Referencias y Contrarreferencias, Admisión y Alta, Módulo de Reclamos del INSN San Borja, Archivo de Historias Clínicas, y Consultorios Externos.

6. DURACIÓN

2 años.

7. ANTECEDENTES

7.1 Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja

Con fecha 27 de febrero del 2013, se formaliza la creación de la Unidad Ejecutora 139: Instituto Nacional de Salud del Niño - San Borja, cuyos ejes de atención son: la Unidad de Trasplante de Progenitores Hematopoyéticos, Cardiología y Cirugía Cardiovascular, Neurocirugías, Atención de Neonato Complejo y Cirugía Neonatal y Atención al Paciente Quemado.

A partir de junio del 2013 se desarrolló acciones para la habilitación de instalaciones con la recepción del equipamiento e infraestructura para posteriormente iniciar con las actividades asistenciales en las principales especialidades médicas.

Nuestros pacientes son los neonatos, niños, niñas y adolescentes que requieren una atención especializada por lo que son referidos de otros Hospitales a nivel nacional, iniciando su atención en la consulta externa o por emergencia según la condición de salud del paciente.



7.3 Del proyecto de mejora

Para acceder a la atención médica especializada, se debe primero identificar al paciente, para lo cual se verifica si la patología es conforme a la cartera de servicios, si cuenta con algún seguro público o privado, si ha sido referido o es autoreferido y los datos de identificación del paciente, una vez finalizada esta verificación y recopilación de información se apertura la historia clínica y se le asigna una atención para derivarlo a la sala de espera de consultorios externos. Su atención iniciará cuando se traslade la historia clínica al consultorio.

El ingreso del paciente por consultorios externos es el que mayor proporción tiene, sea referido o autorreferido, lo que ocasiona que el Instituto no cuente con información previa para la verificación de datos del paciente y que se deba subsanar en ese instante documentación faltante o errada. A partir de julio del 2015 se comenzó con la evaluación y análisis de los tiempos de espera debido al incremento de colas por el inicio de operaciones de las especialidades quirúrgicas. Dicha situación se evidenció además en la encuesta de satisfacción del usuario externo realizado en octubre del 2015, debido a que los porcentajes de insatisfacción relacionados a los tiempos de atención son los más altos.

8. JUSTIFICACIÓN

Este proyecto de mejora está sustentado en la necesidad de reducir los tiempos de espera en la admisión y consultorios externos los que al ser de mayor tiempo generan insatisfacción en el paciente y en el personal, así como el riesgo de no alcanzar la atención deseada.

9. OBJETIVOS

9.1 Objetivo General:

Asegurar el acceso oportuno del paciente al INSN San Borja para la atención en los diferentes consultorios externos.

9.2 Objetivos Específicos:

- Optimizar el proceso de acceso al paciente.
- Mejorar los canales de acceso al paciente
- Mejorar el sistema de referencias y contrarreferencias del paciente

10. METODOLOGÍA

El proyecto de mejora se adecua sobre la línea de intervención de tiempo de espera para la atención en consulta externa.

10.1 Identificación de Oportunidades de Mejora

En la encuesta nacional de percepción de los usuarios de consulta externa 2015 - INEI, en relación al tiempo de espera para la atención de consulta externa, refiere que el promedio a nivel nacional es de 103 minutos, siendo Madre de Dios el departamento



¿Con qué frecuencia ocurre esto?

Los días de atención en Consultorios Externos cuyo horario de atención es de Lunes a Sábado de 8:00 a .m. a 2 p.m.

¿Cuáles son los efectos?

- Insatisfacción del tutor del paciente.
- Riesgo de afectar la salud del paciente por la sobreexposición en la sala de espera de admisión y de consultorios externos a contraer enfermedades infectocontagiosas o por no lograr un turno de atención.
- Poca disponibilidad presupuestal para la adquisición de productos farmacéuticos, entre otros al tener un bajo nivel de producción e incremento de los costos.

¿Cómo se sabrá cuando esté solucionado?

- Disminución del tiempo de espera para que el paciente acceda a los servicios ofrecidos en los Consultorios Externos.
- Incremento de la satisfacción del tutor del paciente.

10.3 Determinación de las causas

Para la identificación de las causas se realizó la técnica de lluvias de ideas donde el personal de admisión, personal médico, enfermería, y personal administrativo enunciaron la problemática, obteniéndose como resultado el diagrama de Árbol de Problemas. (Gráfico N°2).



Según las causas identificadas corresponde priorizar sobre la intervención.

Cuadro Nº 1

MATRIZ DE PRIORIZACION

1. Insuficiente profesional de la salud especializado	4	3	1	8
2. Limitaciones en el proceso de atención	5	5	3	13
3. Limitaciones en los canales de acceso	5	5	3	13
4. Inadecuado sistemas de referencias	4	4	2	10

Las causas más representativas son las limitaciones en el proceso de atención, limitaciones en los canales de acceso, así como el inadecuado sistema de referencias, de sobre dichas causas se detallará la problemática mediante un diagrama de espina de pescado, agrupando los factores en:

- 1) Relacionadas con el Cliente (Responsable del paciente y el Establecimiento de Salud que refiere).
- 2) Relacionadas con el proceso
- 3) Relacionadas con el personal del INSN SB
- 4) Relacionadas con los sistemas de información y equipos

En dicho diagrama se puede observar causas internas y externas, entre las causas externas que más inciden son las observaciones en la acreditación como hoja de referencias mal llenadas y sustentadas, referencias que no corresponden ser atendidas en el Instituto, paciente con inscripción temporal vencida, paciente con afiliación en SIS y en ESSALUD.

Entre las causas internas figura el desconocimiento de resolución de observaciones con alta dependencia del Equipo de Seguros, el incumplimiento de la programación, fallas del sistema y la demora en el envío de la historia clínica o sin resultados de exámenes.



10.4 Determinación de Indicadores para medir los logros

Los indicadores más relevantes en la atención del paciente son el tiempo de espera y la atención realizada,

a) Eficacia

- Pacientes atendidos en consultorios externos, cuya meta estará en función a lo establecido en el Plan Anual de Operaciones del INSN SB.
- Pacientes no atendidos por observaciones u falta de turno, no se cuenta con un marco referencial, por lo que se deberá levantar la línea base definiendo los mecanismos de recopilación de información.

b) Calidad

- Tiempo de espera de atención en consulta externa, cuyo logro esperado es de 75 minutos, según el Decreto Supremo N° 041-2014-SA, que define las metas institucionales, indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios a cumplir en el año 2015, para recibir la entrega económica anual a la que hace referencia el artículo 15 del Decreto Legislativo N° 1153, Decreto Legislativo que regula la política integral de compensaciones y entregas económicas del personal de la salud al servicio del estado.

En este caso el indicador se define como el tiempo promedio transcurrido, medido directamente, entre el contacto con el área de admisión y la entrada al consultorio para la atención respectiva. Cabe precisar que para este estudio que motiva el proyecto, el tiempo de espera comprende desde la solicitud de ticket de atención hasta la derivación al consultorio, quedando pendiente medir el tiempo de espera que se presenta en la sala de espera de consultorios externos.

- Porcentaje de usuario satisfechos con la atención de consulta externa, cuyo logro esperado es de 85%, según el D.S. N° 041-2014-SA.

10.5 Recopilación de datos basales

Para profundizar el análisis de la situación actual del proceso se ha realizado el levantamiento del proceso de admisión y la toma de tiempo de una muestra la que fue comparada con la información proveniente de la ticketera de admisión.

Se observó que el proceso actual de admisión tiene 15 pasos, debido a las verificaciones que se realiza para asegurar la condición activo del seguro; así como por las regularizaciones de las hojas de referencias mal llenadas.



Respecto a la toma de tiempos del 6 al 9 de julio se observa que los datos tomados por observación directa son similares a las proporcionadas por la ticketera en su mayoría.

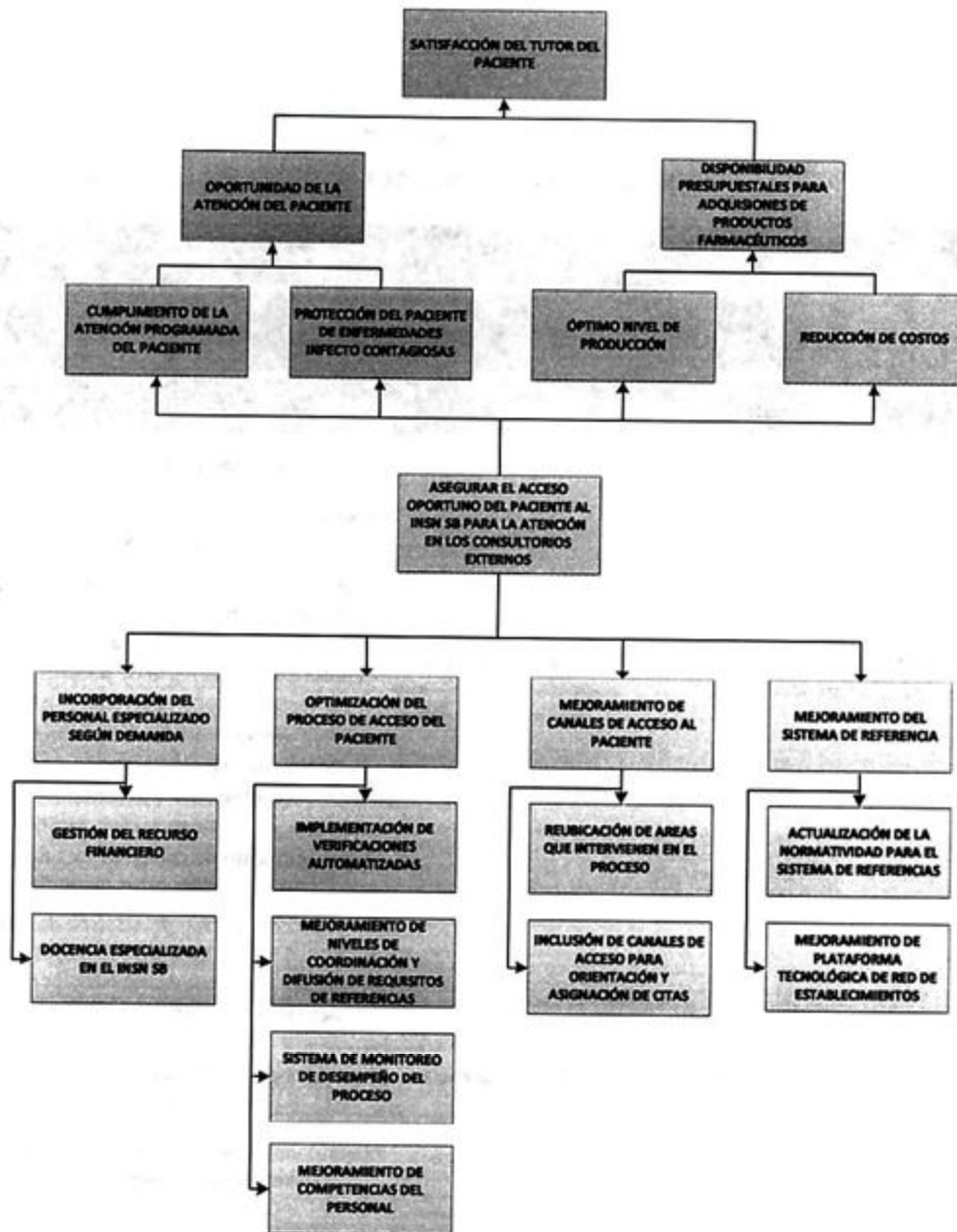
Cuadro N° 3. TOMA DE TIEMPOS

	DATOS DE TICKETERA	DATOS DE TOMA DE TIEMPO
Tiempo promedio de espera preferencial	20	-
Tiempo de espera no preferencial	43	45
Tiempo promedio de atención total	9	8.2
Tiempo promedio de atención paciente nuevo	10	20
Hora de inicio de ticketera	6:31	-
Hora de inicio de atención	7:18	-
Tiempo mínimo de espera	13 seg	14 min
Tiempo máximo de espera	1 hora y 25 min	1 hora y 5 min
Tiempo mínimo de atención	1 min	2 min
Tiempo máximo de atención	2 horas y 21 min	23 min
N° de atenciones menor a 1 minuto	112	-

Se observa un tiempo de espera de 44 minutos desde que el tutor del paciente saca el ticket hasta que es llamado por admisión, si se adiciona el tiempo de atención en admisión el tiempo de espera para ser derivado a consultorios es de 1 hora y 25 minutos, la cual podría extenderse si hay observaciones. Cabe señalar que este tiempo no incluye el tiempo de espera que se presenta desde que el paciente es derivado a consultorios externos hasta que ingresa a su atención médica.



Gráfico N° 5 Árbol de Objetivos



10.7 Priorización de causa raíz a intervenir

Cuadro Nº 5
MATRIZ DE PRIORIZACIÓN DE CAUSAS A INTERVENIR

Limitaciones en el proceso de atención	5	5	5	15
Inadecuado Sistema de referencias	5	4	2	11
Limitaciones en los canales de acceso	4	4	4	12

Conforme a la matriz se priorizará en revertir las causas relacionadas a las limitaciones en el proceso de atención y en las limitaciones de los canales de acceso, pero también se considerará la causa de inadecuado sistema de referencias conforme nuestro ámbito de competencias ya que para revertir requiere la intervención del IGSS y MINSA.

11. PLAN DE ACCIÓN

11.1 Resultados Esperados

Con la implementación de las propuestas de mejora, se espera mejorar los siguientes aspectos:

- Reducir el tiempo de espera del paciente para acceder a la atención ambulatoria.
- Incrementar el nivel de satisfacción del tutor del paciente en la atención ambulatoria.

11.2 Cronograma de actividades y propuesta de financiación



11.3 Iniciativa de Gobierno Electrónico

En el marco de la Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública, la misma que considera los ejes transversales de Gobierno Electrónico y la Articulación Interinstitucional, se presenta una propuesta de mejora para el Sistema de Información mediante la creación de una plataforma integrada a nivel interno y con otras Instituciones públicas que beneficie en la atención al paciente disminuyendo los tiempos de espera y las observaciones en el manejo de información.

La propuesta considera que el Establecimiento de Salud de origen realiza la referencia a través de un aplicativo en web que estará conectado con la base de datos de RENIEC, SUSALUD, la base de datos del Colegio de Médicos del Perú, y el CIE 10 y CPT formalizado por el MINSA. Asimismo, podrá realizar las coordinaciones vía telefónica y según estado clínico del paciente, en donde amerite visualizar estudios e interactuar con el Médico tratante, se usará la teleconferencia para un mejor manejo clínico del paciente.

El INSN-SB, a través de personal calificado, verifica la pertinencia de la Hoja de Referencia. De no ser así y de faltar o ampliar alguna información, esta será devuelta del mismo modo para el levantamiento de observaciones. Para esto el sistema brindará como un tablero de seguimiento, donde identificará por colores el estado de la solicitud.

Asimismo la acreditación del paciente estará automatizada al estar el sistema conectada con la base de datos de la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD), el Registro Nacional de Identificación y Estado Civil (RENIEC).

El Establecimiento de Salud de origen procede a realizar el levantamiento de observaciones y reenvía al INSN-SB nuevamente la solicitud de referencia para la conformidad.

El INSN-SB una vez que de conformidad a la pertinencia de la referencia del paciente se procede a darle la cita al paciente, donde se indicara el área/servicio donde será atendido.

Paralelamente a esto, el paciente o su representante a través del aplicativo podrá verificar en qué estado se encuentra su referencia para la emisión de la cita.

Una vez que el INSN-SB emite la cita del paciente, el aplicativo le enviara un mensaje de texto al celular del paciente o su representante para que se acerque al INSN-SB en la fecha indicada y con las recomendaciones necesarias, información más ampliada se remitirá a su correo electrónico o a través de la web.

El día en que el paciente ingresa por primera vez al INSN-SB, el personal del Instituto ya contará con información preliminar. En el caso que sea paciente ambulatorio, se acercará a la ticketera, y será atendido por una Orientadora que solicitará el DNI del paciente.

La generación del ticket de atención será otorgada direccionándolo a la ventanilla de admisión según el tipo de paciente, para ello este aplicativo, que formará parte del módulo de Admisión, contará con la información obtenida de la referencia del paciente, de tal forma que en la ventanilla solo se dedique unos minutos a completar información personal del paciente.





11.4 Seguimiento

Se realizará la supervisión de forma mensual, reportando a los servicios las mejoras en la reducción del tiempo de demora del proceso de acceso del paciente tomando acciones correctivas en los servicios que presente mayor porcentaje.

