

**HOSPITAL UNIVERSITARIO
“HERNANDEZ VERA”**



**CONCLUSIONES C.A.I. ANUAL
NOVIEMBRE 2018 A OCTUBRE 2019
(ANEXO 1)**

SANTA CRUZ - BOLIVIA

CONCLUSIONES C.A.I. ANUAL GESTION 2019

LUGAR: Auditorio Hospital

Fecha: 29 de febrero de 2019 a 8:30 Horas.

De acuerdo a programa establecido se da inicio a la evaluación gestión 2019 (Periodo de Noviembre 2018 a Octubre 2019)

1. El Dr. Sequeiros responsable del Comité de análisis de la información da la bienvenida a los participantes enfatizando la importancia de la Evaluación anual que tiene como objetivos centrales: Analizar logros y dificultades de la gestión Noviembre 2018 a octubre de 2019 y Conocer el avance del Proceso de Acreditación
2. La Dra. Ma. Luz Almendros realiza un recordatorio del compromiso de trabajo que hay en el personal para la participación en estas reuniones que son tan importantes al igual que el de salvar vidas, llama a la reflexión para que siga este compromiso del nuevo personal y se tomen las medidas necesarias para lograr este objetivo.
3. La Dra. Caro como Directora del Hospital realiza la inauguración de la Evaluación agradeciendo la participación de los presentes y con la esperanza de que continúe la dinámica del hospital dentro de los objetivos la visión y la misión; hace referencia a los siguientes aspectos:
 - La incorporación de dos médicos en el Servicio de Emergencia
 - Durante los 21 días del paro del mes de octubre se ha podido realizar la atención en el hospital, con el compromiso del personal médico, enfermería, administrativos y de servicio, razón por la cual no se presentaron grandes dificultades. Agradeciendo enormemente todo el sacrificio realizado por parte de todos.
 - La adquisición de un Ecógrafo Nuevo para el servicio de Ecografía y dos respiradores para el Servicio de neonatología.
 - La renovación del Convenio con el SUS
 - Indica que deja las jefaturas de Docencia y Neonatología debido a su responsabilidad con la dirección y cree haber

formado a las personas idóneas siendo los nuevos responsables el Dr. Henry Ugarteche como Jefe de Docencia y el Dr. Denis Mérida como Jefe del Servicio de Neonatología.

- Informa sobre la visita de la Directora General del Instituto Secular Cruzada Evangélica junto a otro miembro del consejo General, para el 17 de marzo, solicitando nuestra participación para preparar este encuentro.
- Hace énfasis en la importancia del Proceso de Acreditación en el que nos encontramos y donde se necesita el compromiso de todo el personal.

4. Presentación de datos estadísticos

La selección y análisis de la información se la realizan en el Comité de Análisis de la Información y planificación (Dr. Nataniel Sequeiros, Dra. Iberia Fernández, Lic. Judith Mollinedo y Tec. Quovadis Melgar.).

El Dr. Sequeiros da inicio a la sesión de evaluación estadística recordando la misión y la visión institucional, como ejes integradores de nuestro trabajo y hacia dónde queremos llegar.

MISION

Somos un hospital social al servicio de la comunidad, especialmente de la Villa 1ro de mayo, para **prestar servicios de salud con un alto sentido humano y cristiano basados en los principios de la ética y eficiencia**, para satisfacer sus necesidades de mejoramiento de salud y calidad de vida; con profesionales capacitados y tecnología avanzada que garanticen una atención adecuada.

VISION

Consolidarnos como un **HOSPITAL LIDER** con carácter competitivo en calidad de servicios de salud y de formación profesional. Auto sostenible, brindando al usuario un trato humano y personalizado

Hace énfasis en no perder la visión de ser líder porque lleva grandes satisfacciones y de la sostenibilidad que se logrará con el esfuerzo de todo el personal del hospital.

Informa que las prioridades de la gestión 2019 fueron:

- Acreditación del Hospital
- 6 Metas de seguridad (OMS)
- Reactivación de los Comités de Asesoramiento

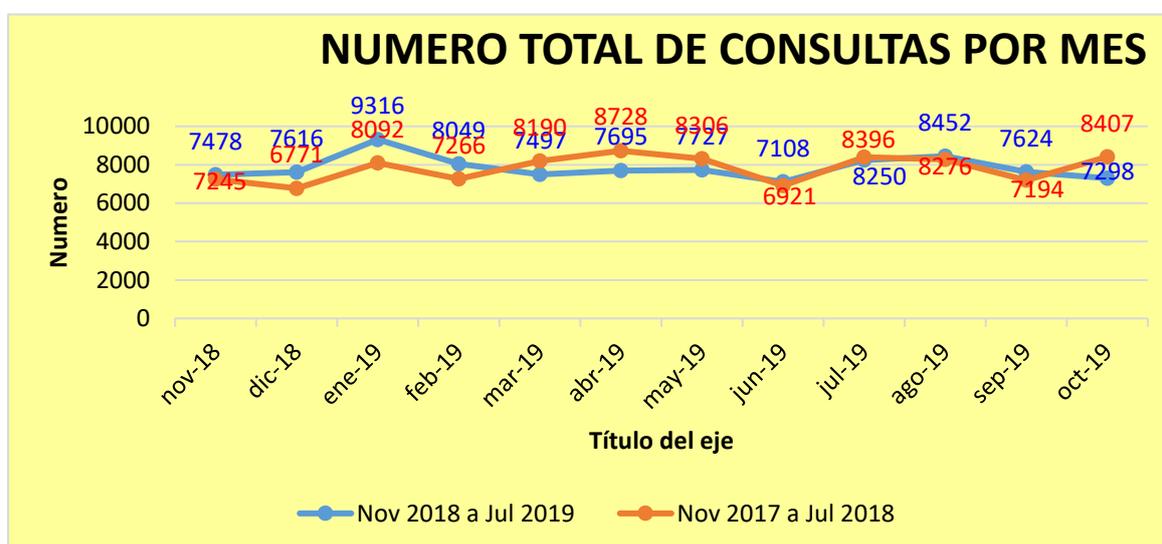
INDICADORES DE PROCESO

A. CONSULTA EXTERNA

1. Consulta y re consulta

Los informes estadísticos muestran que de noviembre 2018 a octubre 2019, se han realizado **94.110 consultas** entre todos los servicios (cirugía, medicina interna, pediatría, ginecología - obstetricia, odontología, emergencias, neonatología y oftalmología). Donde se observa un aumento aproximado del 0.3 % en relación a la gestión 2017-2018 en el mismo periodo (93.792).

- El mes con mayor consulta ha sido enero de 2019, con 9.316 pacientes atendidos.



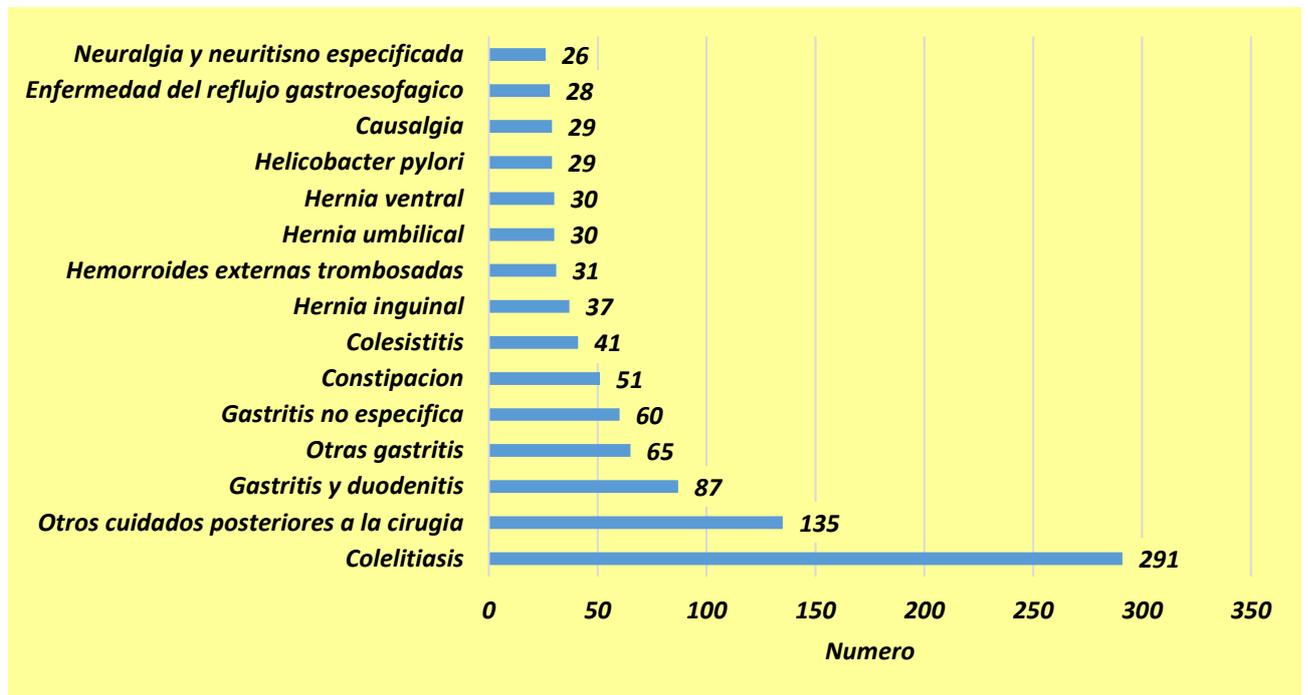
El servicio con mayor porcentaje de consulta es el servicio de Pediatría con 27 %, el 16 % cirugía, 18 % medicina Interna, 16 % Ginecología y Obstetricia, 10 % Oftalmología, 1 % Neonatología, 12 % Emergencia

Se han realizado 21.610 consultas de emergencia, de los cuales el 51 % corresponde a emergencia de adultos, 37 % Pediatría, 10 % Ginecología y 1% Neonatología

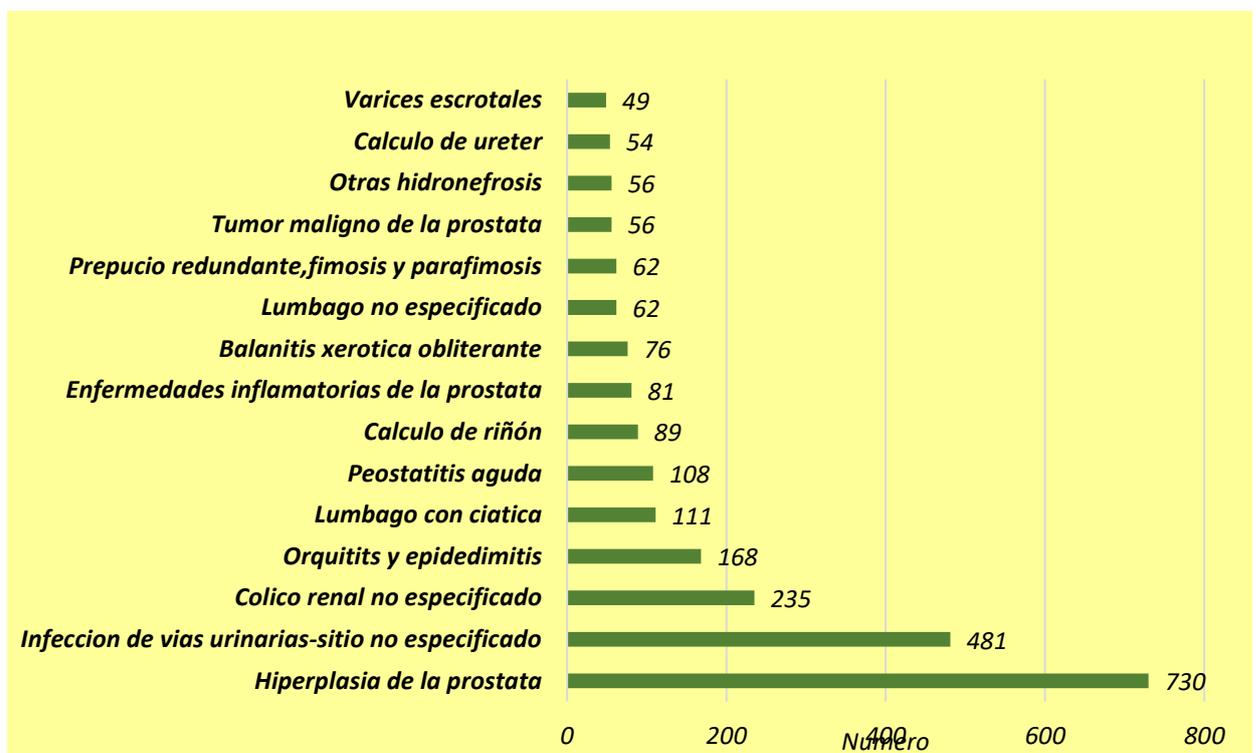
- El porcentaje de re consulta a nivel institucional es del 21 %, se observa una disminución en relación a la gestión 2018 (23%). A nivel de servicios: Cirugía 20 %, Medicina Interna 23 %, Ginecología y Obstetricia 21 %, pediatría 20 %, Oftalmología 25 %, neonatología 5 % y odontología 8 %.

2. Quince primeras Causas de consultas

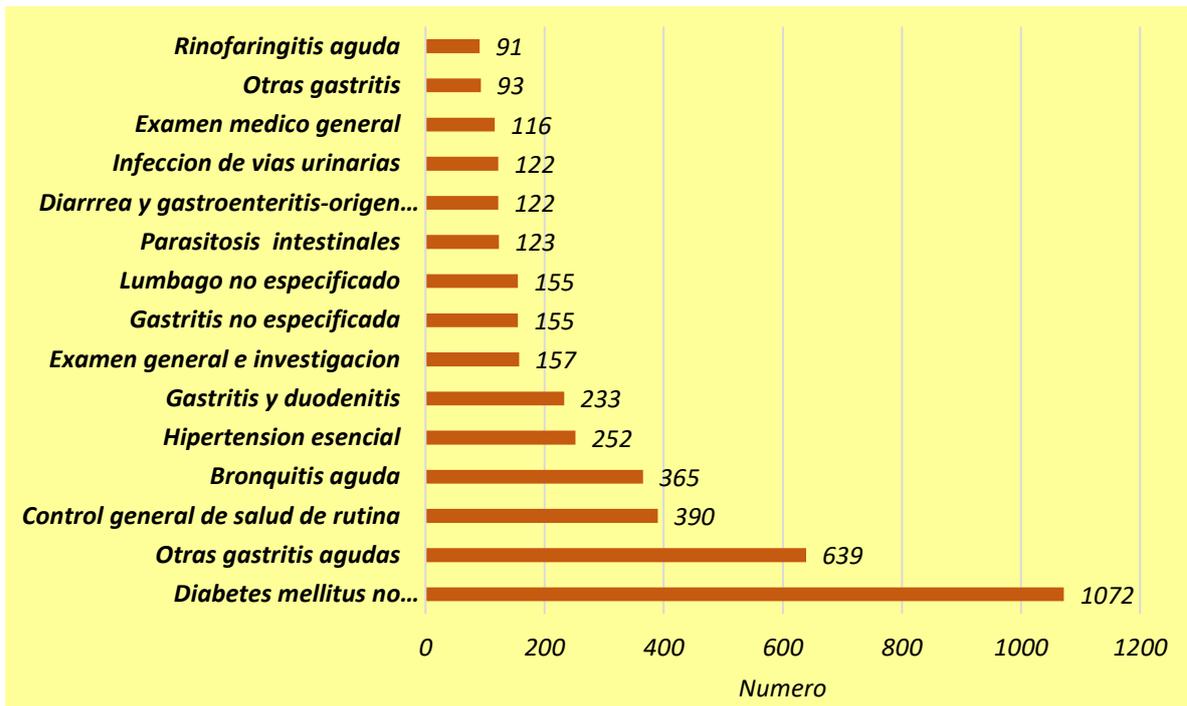
CIRUGÍA



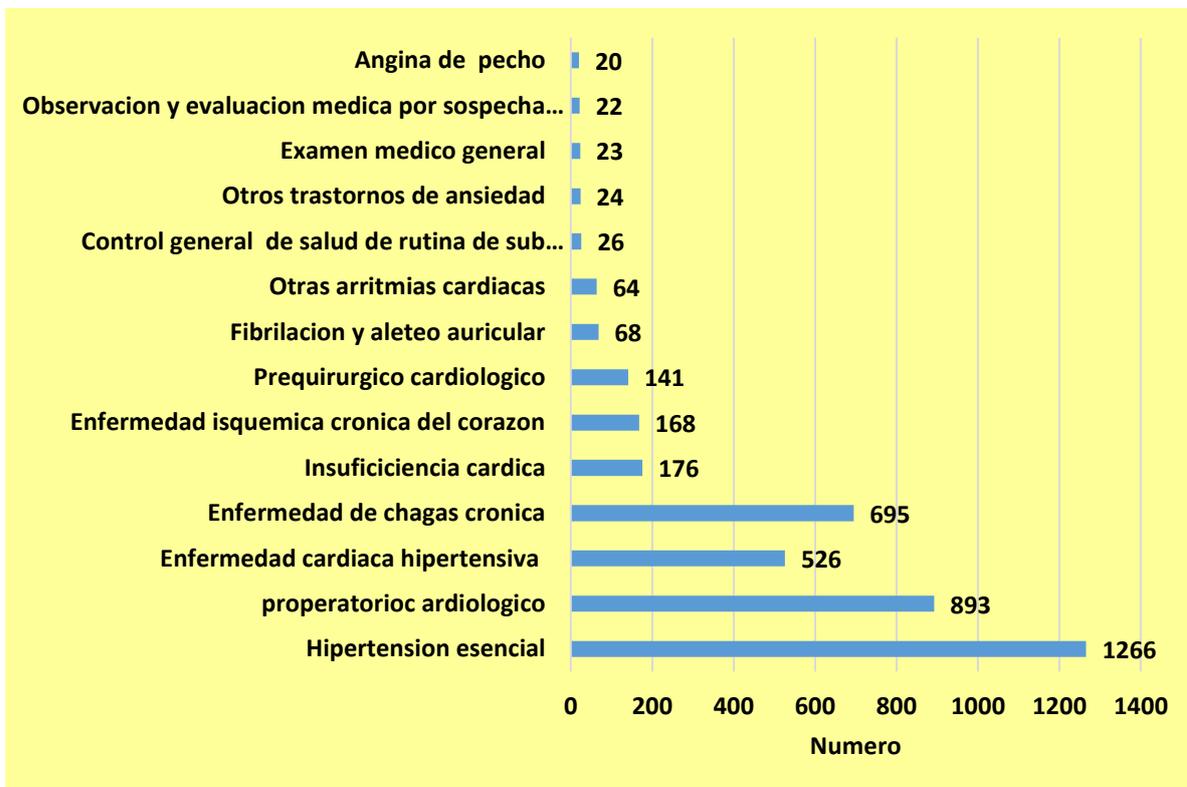
UROLOGIA



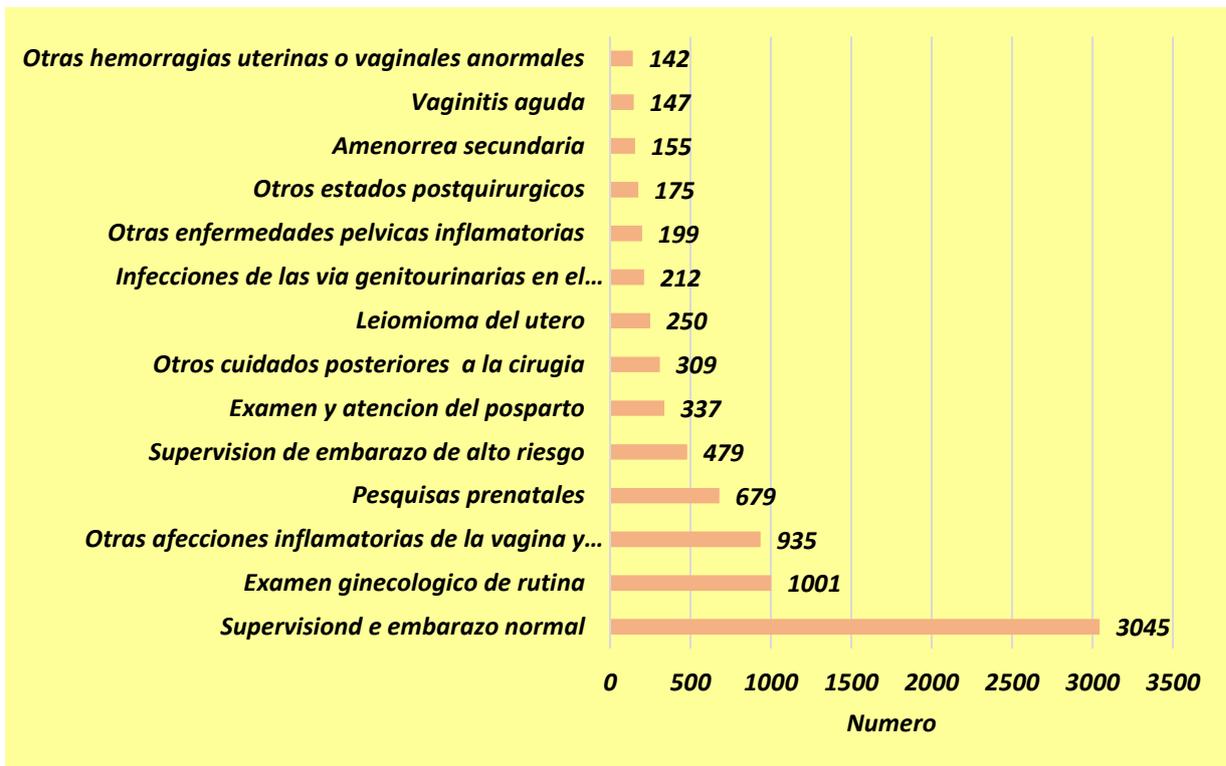
MEDICINA INTERNA



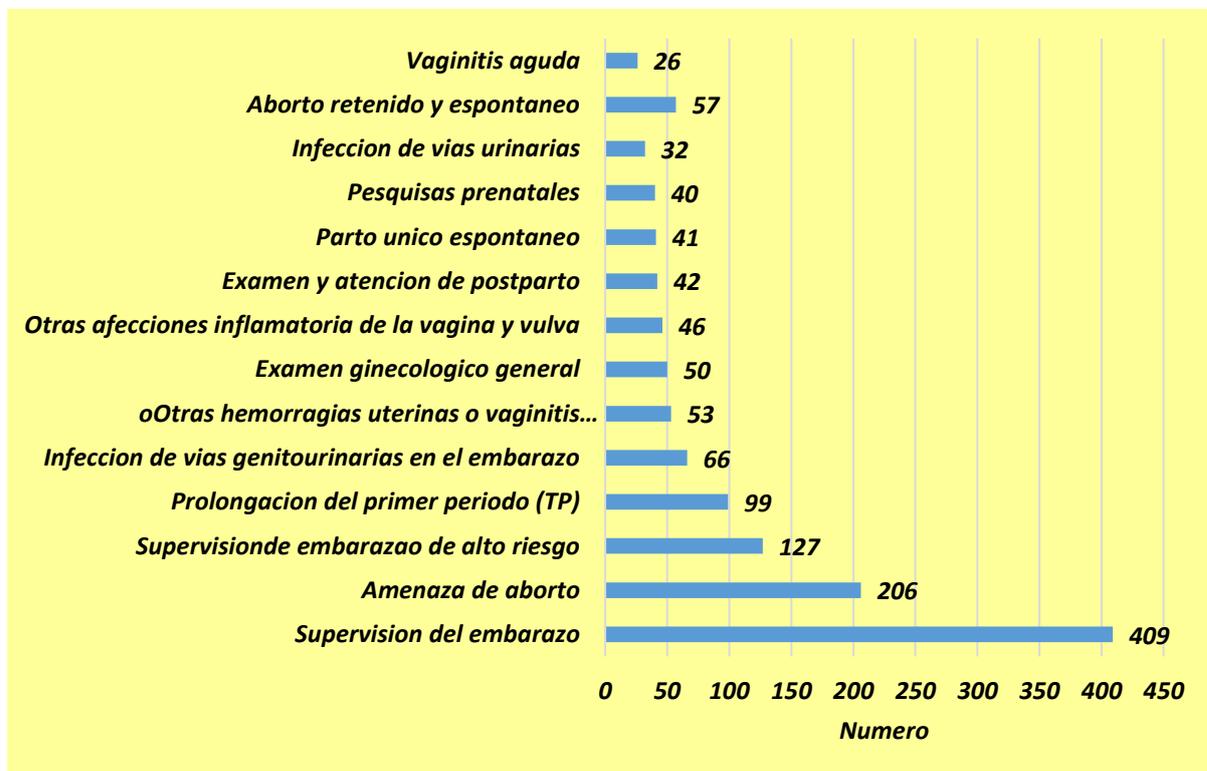
CARDIOLOGIA



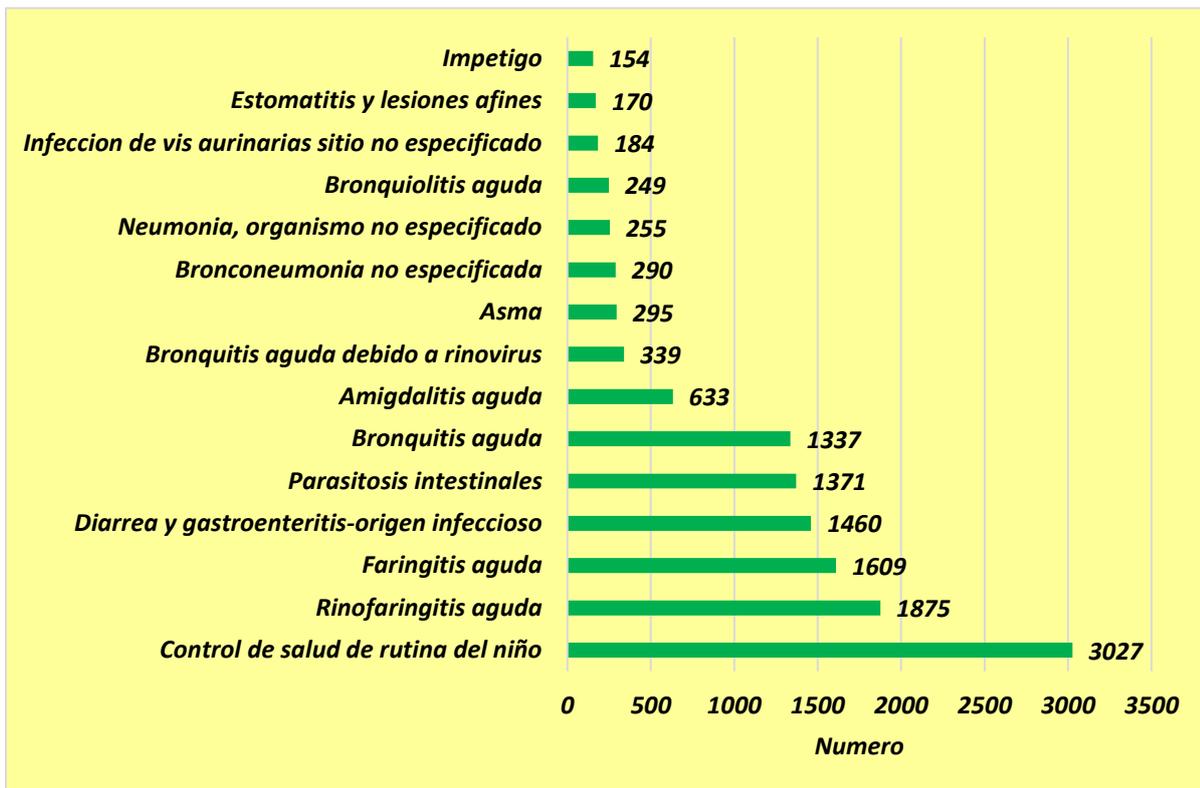
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA-CONSULTA EXTERNA



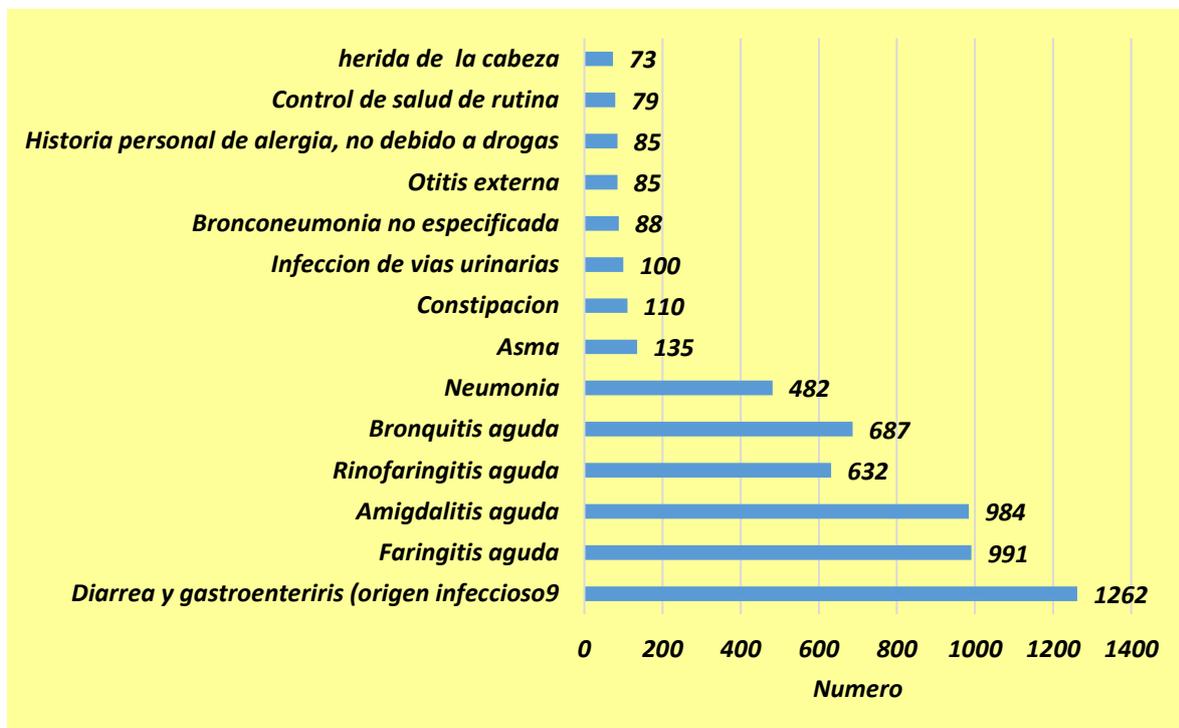
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA-EMERGENCIA



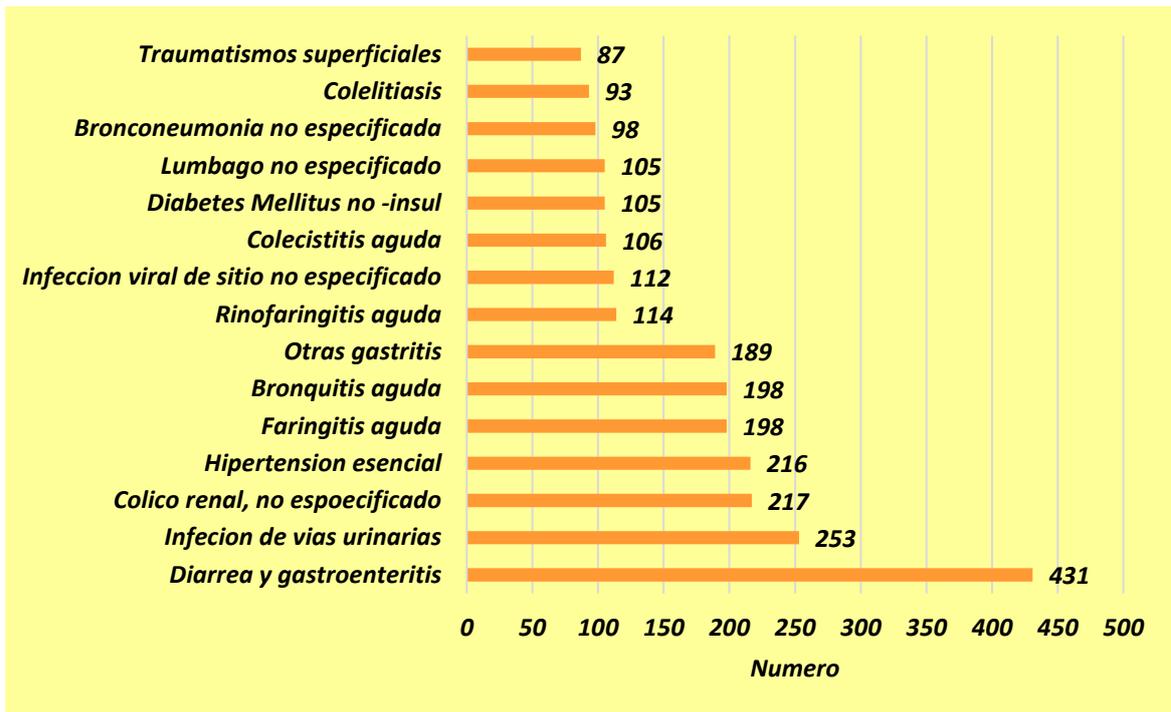
PEDIATRIA



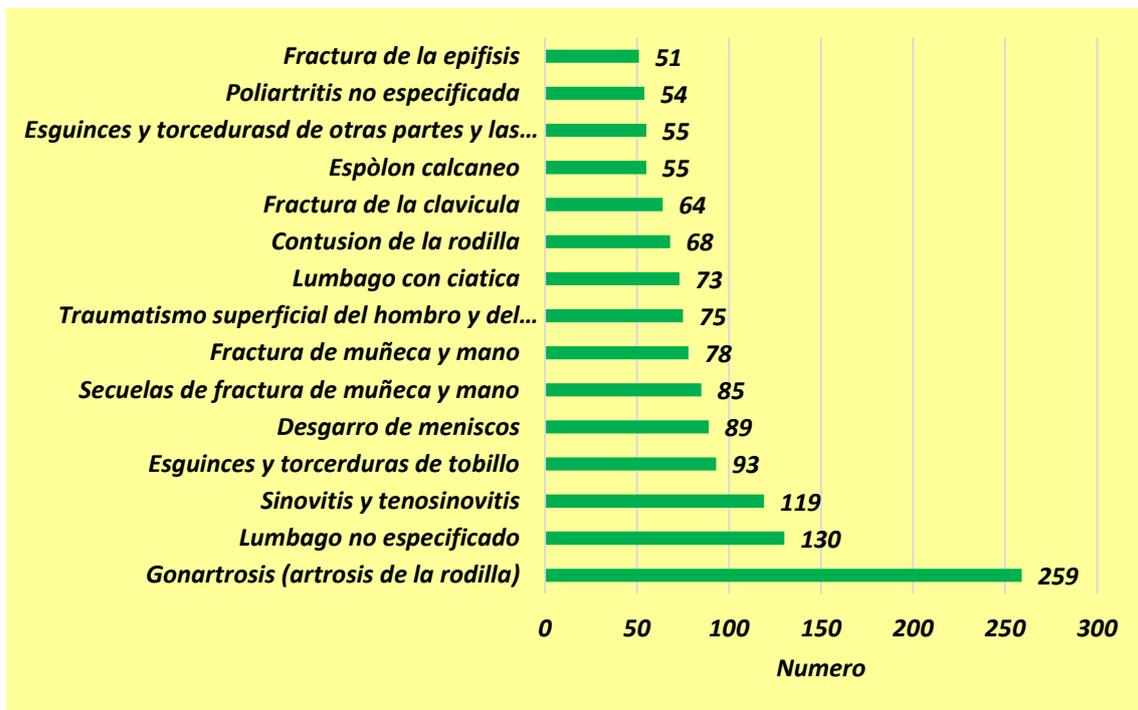
Emergencia pediátrica



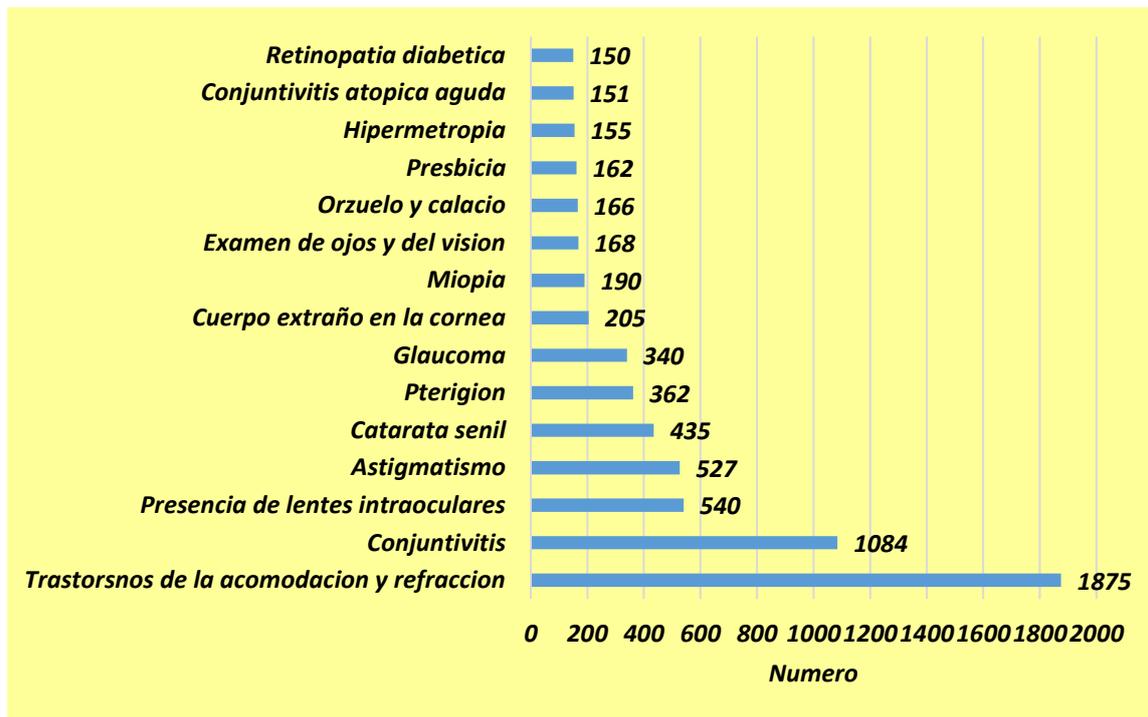
EMERGENCIA GENERAL



TRAUMATOLOGIA



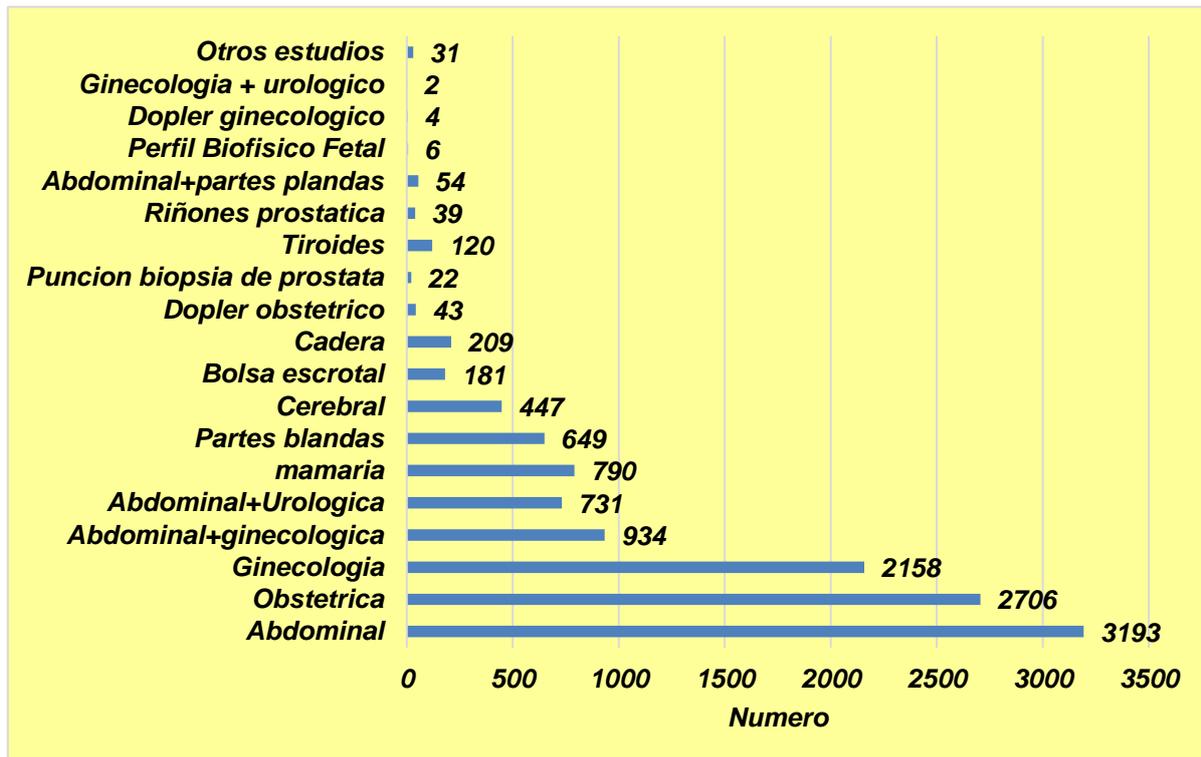
OFTALMOLOGIA



B. ECOGRAFIA

Durante la gestión 2019 se realizaron (12.319), con una disminución aproximadamente del 8 % en relación a la anterior gestión. El 72% son institucionales y 28% de fuera del hospital. El 1% fueron ecografías de emergencia.

Numero de Ecografías por tipo de estudio



C. LABORATORIO

Durante la gestión 2018-1919 se han realizado atención a **32.807 pacientes**, con una disminución del 1,7 % en relación a la gestión 2018 (34.248)

En relación al número de pruebas se han realizado 181.191 pruebas con una incremento del 1.4 % e4n re4lacion a la gestión 2018 (178.778)

El 54 % de las pruebas fueron solicitadas por el servicio de consulta externa, 18 % hospitalización, 20 % emergencia y 7 % externo.

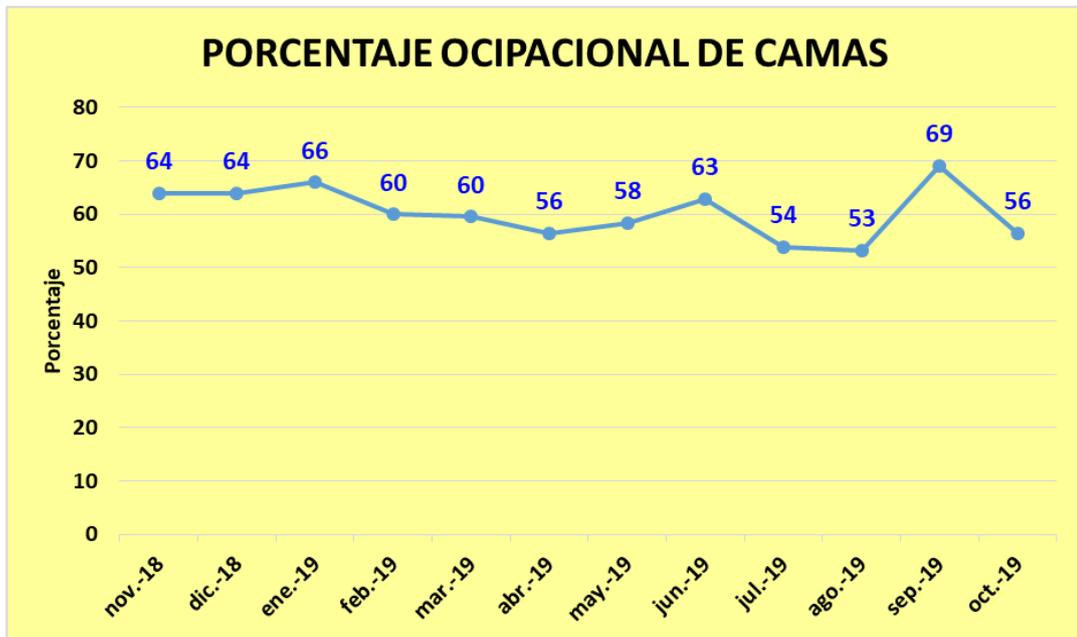
El número de pruebas por paciente aes de5,5 en consulta externa, 4.1 en hospitalización y 8.2 en emergencia

D.HOSPITALIZACION

3. Porcentaje Ocupacional de camas

El porcentaje de ocupación de camas a nivel institucional es de 53 %, con una disminución del alrededor del 7 % en relación a la gestión 2018 en el mismo periodo (60%).

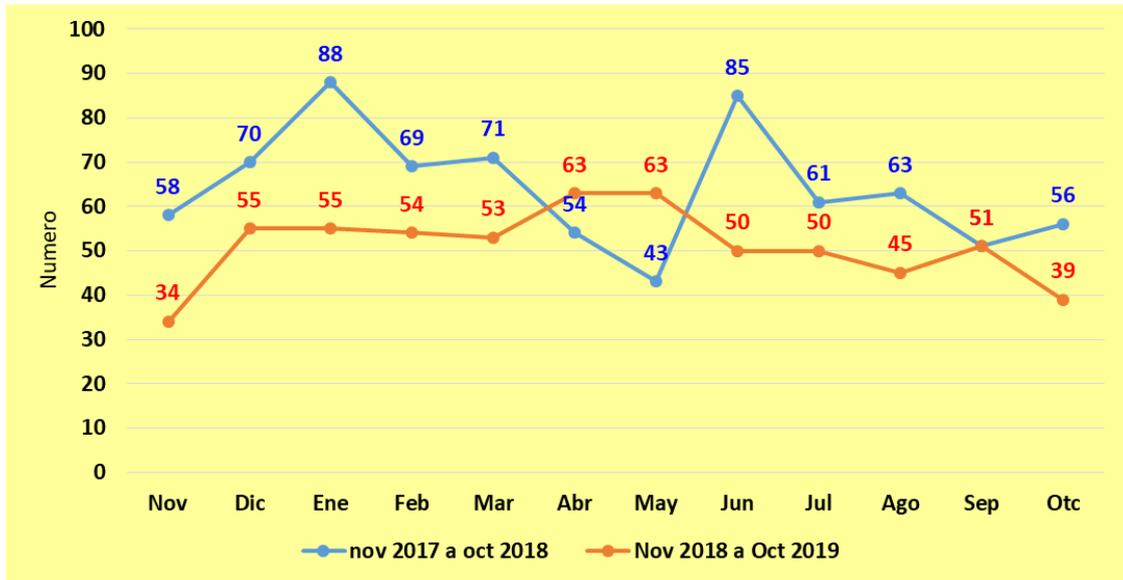
Cirugía (74 %), Medicina Interna con (92 %) y Ginecología y obstetricia (54%), y pediatría IM-5 A (56 %), pediatría (22%(y terapia intermedia (62%).



Es importante mantener o mejorar la ocupación de camas, ya que es un indicador del buen uso del hospital.

E. PARTOS

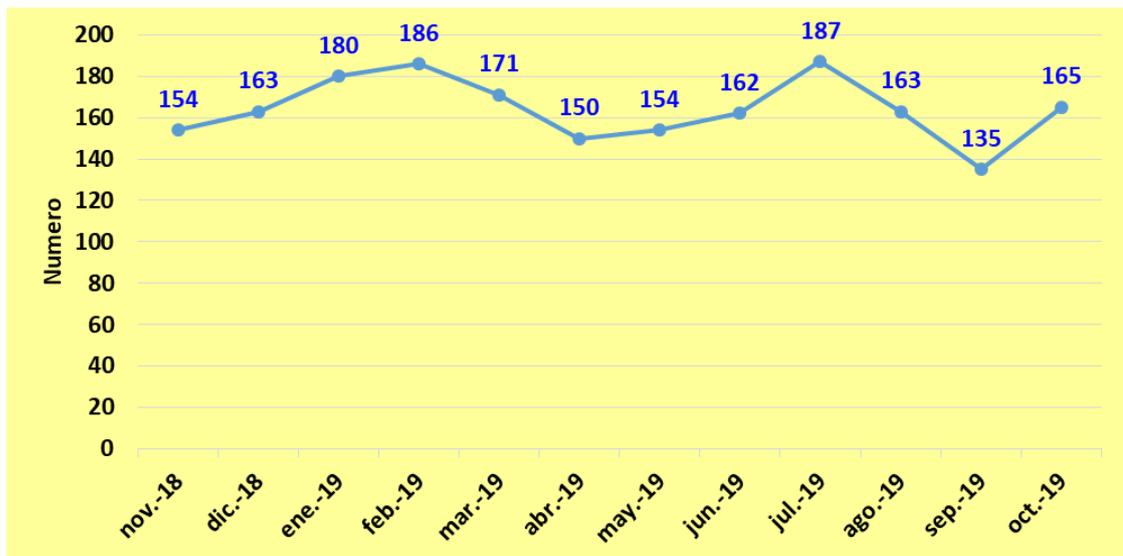
Durante la gestión se realizaron 593 partos, una disminución del 22 % en relación a la gestión 2018 (764 partos).



El 79 % de partos son cesáreas (468) y el 90 % de las cesáreas son institucionales.

F. CIRUGIAS

Se realizaron 1.969 cirugías según sistema, con una disminución del 16 % (377) en relación a la gestión 2018 (2.346)



CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1. La prestación de servicio de consulta externa ha tenido un leve aumento aproximado del 0.3 % en relación a la gestión anterior.
2. Las causas de consultas externas como mal definidas por el sistema en relación a la gestión anterior ha disminuido en un 50 % en todos los servicios, esto muestra una mejora en la codificación de los diagnósticos.
3. En relación al egreso hospitalario que son 4.993 diagnósticos, el 5 % (235) son mal definidas en el sistema, que puede ser por alta solicitada o transferencia. Es importante el análisis de la codificación de los egresos hospitalarios.
4. Se debe realizar el registro de las cirugías ambulatorias en el sistema
5. El porcentaje de reconsulta es del 21 %, es importante revisar con informática y el personal médico el registro de las reconsultas.
6. El porcentaje de cesáreas aún continúa en ascenso, es un aspecto que debe ser analizado en el CAI de servicio de Ginecología y Obstetricia
7. El número de pruebas de laboratorio ha tenido un aumento del 1,4 % en relación a la gestión anterior.

En el servicio de emergencia en número de pruebas por paciente es de 8, es importante analizar este aspecto.

G. PROCESO DE ACREDITACION

1. presentación general

Re realiza un resumen del proceso de acreditación en la cual se demuestra el cumplimiento de los estándares mínimos de calidad, que no solo depende de los recursos sino también del desempeño profesional y trato a las personas.

Nos encontramos en la segunda etapa, realizando en las acciones de mejora realizando:

- La elaboración de protocolos, normas, informes
- Revisión del equipamiento y mantenimiento de equipos
- Mejoramiento del recurso humano
- Revisión de la información interna y externa.

Se está trabajando en 23 equipos organizados, algunos con un buen avance y otros iniciando el trabajo.

La autoevaluación que es el diagnóstico previo nos muestra un cumplimiento de 46, 82 % de cumplimiento de los estándares de acreditación

RESUMEN DE ESTANDARES		Promedios
ACCESIBILIDAD Y CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN (ACA)	ACA	65.19
EVALUACION DEL PACIENTE (EDP)	EDP	79.00
ATENCION A LOS PACIENTES (AAP)	AAP	32.84
DERECHOS DEL PACIENTE Y SU FAMILIA (DPF)	DPF	33.90
EDUCACION Y COMUNICACIÓN AL PACIENTE Y SU FAMILIA	EPF	31.67
GOBIERNO LIDERAZGO Y DIRECCION (GLD)	GLD	44.98
FORMACION Y CALIFICACIONES DEL PERSONAL (FCP)	FCP	50.83
GESTION Y MEJORA DE LA CALIDAD (GMC)	GMC	10.28
CONTROL DE INFECCIONES EN ESTABLECIMIENTOS (CIES)	CIES	64.38
MANEJO DE RS EN ESTABLECIMIENTOS (MRES)	MRES	81.36
BIOSEGURIDAD (BIOS)	BIOS	37.00

GESTION DE LA INFORMACION (GIN)	GIN	56.97
GESTION Y SEGURIDAD DE LAS INSTALACIONES (GSI)	GSI	20.28
TOTAL		46.82

Se presenta los aspectos centrales del a acreditación que tiene que ver con el 100 % de personal para el ejercicio de funciones son:

- El organigrama actualizado del hospital, aclarando dudas al respecto.
- El manual de funciones con un 70 % de avance, se está ajustando en función al organigrama y se realizara posterior socialización
- El manual de proceso y procedimientos con un avance del 30 %, con un formato unificado para todos los servicios, se presenta un ejemplo del servicio de Farmacia.

2. PRESENTACIÓN POR COMITÉS

Laboratorio

La Dra. Martha Herrera presenta el avance del servicio del laboratorio, cuyo inicio fue del 80,50 %, ahora esta con un 92,20 %, con 55 parámetros de evaluación.

De 36 documentos requeridos 34 están completos y dos están el proceso de revisión.

También está en revisión en detalle la documentación con los registros de control y seguimiento delos procesos pre-analítico y post -analítico

Está pendiente la socialización de la documentación con todo el personal del servicio.

Hace énfasis en la importancia de la participación y compromiso del equipo, debe ser constante

Accesibilidad y continuidad de la Atención

El Dr. Rene Torrico, presenta un Plan de mejora para el logro de los estándares encontrándose en un 40 % de cumplimiento, haciendo

énfasis en algunos aspectos importantes que tienen que ver con la imagen institucional:

- La identificación del personal, con cargo y lugar de trabajo
- La elaboración de una guía de información al usuario
- La capacitación al personal de admisión

Farmacia

La Dra. Ericka Dajer informo que está avanzado el manual de ` proceso y procedimiento y comunico que se dará inicio a las auditorias de las recetas médicas previa información a todos médicos.

Se dará inicio a las actividades de la farmacovigilancia

Se analizara la importancia de a tener la farmacia abierta las 24 hr. Como requisito para la acreditación.

Atención a los pacientes

La Dra. Carolina Chilo informa que se ha reunido con el comité y se ha realizado seguimiento al paciente hospitalizado y a la señalética del hospital manifestando que falta en el área de vacunas, inyectable y nebulizaciones.

Planificación y Dirección

La Dra. Lourdes caro indica que se está realizando el Plan Estratégico 2020-2022 cuyos resultados se socializará en todos los servicios.

Los aspectos esenciales para esta gestión son:

- La ampliación de la UCI
- Reestructuración de la central de oxígeno.
- Sala de espera para emergencia.
- Mejora de los baños.
- Conclusión de los protocolos de atención
- Implementación de las 6 metas de seguridad
- La reinstalación del agua
- Mejorar la Central telefónica
- Fortalecer equipos de quirófano
- Adquisición de una nueva ambulancia.
- Fortalecer la investigación(ejemplo del servicio de cardiología)

CONCLUSIONES

- 1.** hay un avance importante del proceso de acreditación, se necesita mayor seguimiento al trabajo de los comités.
- 2.** Hay observaciones acerca de la ubicación del Servicio de Terapia Intermedia dentro del organigrama de medicina interna, siendo un aspecto urgente de analizar para la aprobación definitiva del organigrama..
- 3.** La Consulta externa debe ser el lugar donde se trabaje primero por ser la cara visible del hospital
- 4.** Las sesiones clínicas tienen como finalidad la actualización de médicos, se debe mejorar la participación de los mismos, además que a partir del presente año se tendrá un acta de participación en las sesiones clínica y se está gestionado la certificación por parte del colegio médico y el SEDES.
- 5.** Se debe revisar la adquisición de medicamentos en el hospital, no deben ser chinos y esto será normado a través de un comité de adquisiciones según norma.
- 6.** Jaime Vidal informa de la mejora que realiza para disminuir el uso de energía del hospital, mejorar en la fabricación de lámparas para fototerapia, para disminuir los costos hospitalarios.

PARTICIPANTES

- | | |
|------------------------------|--|
| 1. Dra. María Luz almendros | Asesora Hospital |
| 2. Dra. Lourdes Caro | Directora Hospital |
| 3. Dr. José Gutiérrez | Jefe Servicio de Medicina Interna y
Vig. Epidemiológica |
| 4. Ivan Villapando | Jefe Servicio de Pediatría |
| 5. Dr. Nataniel Sequeiros | jefe Servicio de Urología y CAIH |
| 6. Dra. Iberia Fernández | Servicio Estadística, SNIS y CAIH |
| 7. Dra. Martha Herrera | Jefe Servicio de Laboratorio |
| 8. Dr. Miguel Pérez | Servicio de Ginecología y
Obstetricia |
| 9. Dr. Rene Torrico | Servicio de Emergencia |
| 10. Dra. Máxima ramos | Servicio de Ginecología y
Obstetricia |
| 11. Dr. Edgar carrasco | Servicio de Neurocirugía |
| 12. Dr. Aldo Aranibar | Servicio de Urología |
| 13. Dr. Jorge Lijeron | Servicio de medicina Interna |
| 14. Dra. Carolina Chilo | Servicio de UCI |
| 15. Dr. Arturo Cassasa | Servicio de Otorrinolaringología |
| 16. Dr. Carlos Caballero | Servicio de Traumatología |
| 17. Dra. Gladys Heredia | Jefe servicio de Ecografía |
| 18. Lic. Roxana Serrano | Jefe Servicio de Enfermería |
| 19. Lic. Jacqueline Aruquipa | Jefe de Enfermería Quirófano |
| 20. Dr. José Luis Gallardo | Médico jefe de Oftalmología |
| 21. Dra. Ericka Dajer | Asesora Medicamentos. |
| 22. Lic. Judith Mollinedo | Planificación |
| 23. Tec. Quovadis Melgar | Informática |
| 24. Lic. Florencia Coria | Fisioterapia |
| 25. Sra. María Vaca | Servicio de admisión |
| 26. Sr. Jaime Vidal | Servicio de mantenimiento |
| 27. Aux. Asunta Ortiz | Servicio de Quirófano |