
Hirsch

PLAN ESTRATÉGICO

Hirsch

FILOSOFÍA

MISION: Mejorar la calidad de vida de los adultos mayores y pacientes de rehabilitación en lo referente a salud y bienestar, promoviendo al mismo tiempo la investigación y la docencia.

VISION: Ser la institución de salud de referencia en la argentina para la tercera edad y de rehabilitación, entendiendo por salud el estado de completo bienestar físico, mental y social.

LÍNEAS ESTRATÉGICAS

Para poder contribuir con la Visión debemos prestigiar y posicionar a HIRSCH como Centro de Salud trabajando sobre las tres líneas o atributos estratégicos: **Confiabilidad, Sustentabilidad, y Predictibilidad.**

Confiabilidad: parecer y ser.

Sustentabilidad: permanecer, sostenerse en el tiempo.

Predictibilidad: estandarización, eficiencia.

Todas las iniciativas alineadas al ejecutarse con los **valores** de la organización tienen como principal objetivo cumplir con las promesas y compromisos asumidos. Mantener viva la **cultura** a través de nuestros comportamientos y acciones es responsabilidad de todos los equipos (técnicos y operativos).

¿QUÉ IMPLICA SER **CONFIABLES**?

- ✓ Construir la confianza con los distintos clientes (interno y externo), asegurando el cumplimiento de las promesas enunciadas.
- ✓ Conocer las expectativas para poder adecuar a lo razonable y cumplible.
- ✓ Desarrollar iniciativas para poder acercarnos a las expectativas cuando sea posible.
- ✓ Ser coherentes y transparentes en nuestro pensar, decir y actuar.

¿QUÉ IMPLICA SER **CONFIABLES**?

Acciones deseadas para ser Confiables con el paciente y residente:

- Facilitar la adaptación desde su ingreso: asegurar evaluaciones del equipo y objetivos, suministro de medicación y concurrencia a terapias / actividades.
- Conocer al equipo: brindar información escrita (además de lo verbal), identificar referentes (en especial en la etapa de ingreso reciente).
- Atender la demanda (respuesta a llamados, rondas de control)
- Cuidar de sus pertenencias: asegurar inventario, evaluar dispositivos tecnológicos y biomédicos.
- Cumplir con las actividades programadas.
- Prevenir complicaciones asociadas al proceso de salud/enfermedad así como también conflictos que conocemos pueden existir.

Acciones deseadas para ser Confiables con la familia y los financiadores:

- Conocer y adecuar las expectativas
- Responder pedidos, informes, mensajes en tiempo y forma adecuada facilitando canales de comunicación (accesibilidad)
- Información Pro activa: reuniones de evolución, toma de decisiones.
- Comunicar información institucional con claridad y transparencia

Acciones deseadas para ser Confiables con el personal:

- Comunicar y explicar con claridad la tarea, asegurando la comprensión de lo dicho.
- Identificar de manera segura a quien puede consultar cuando surja un problema que no puede resolver.
- Explicar que esperamos de esa persona en su hacer cotidiano en la institución
- Brindar espacios de bienestar y escucha, favoreciendo un buen clima laboral
- Contar con líderes de equipos comprometidos y atentos a cada uno de sus colaboradores.

Acciones deseadas para ser Confiables con los Directivos:

- Comunicación proactiva de decisiones, objetivos, cambios, etc. De todo aquello relevante.
- Ser transparentes y sinceros.
- Ser congruente en las acciones con las políticas y normas del centro.

¿QUÉ IMPLICA SER **PREDECIBLES**?

- ✓ Desarrollar una metodología de trabajo basada en la Estandarización de los procesos asistenciales, operativos y administrativos.
- ✓ Reducir la incertidumbre y malestar.
- ✓ Conocer, indagar, las necesidades y expectativas razonables de los residentes, pacientes, familiares, financiadores, entes reguladores y directivos.
- ✓ Comunicar en forma efectiva

¿QUÉ IMPLICA SER **PREDECIBLES**?

Acciones deseadas para ser Predecibles con los residentes y pacientes:

- Informar y explicar que actividades tendrá y como será su rutina (anticipar).
- Como debe hacer en caso de necesitar algún tipo de ayuda, a quien y como recurrir.
- Como resolveremos su problema o necesidad.
- Explicar tiempo posible de estadía o internación, objetivos.
- Asegurarnos que haya comprendido dentro de sus posibilidades.

Acciones deseadas para ser Predecibles con la familia y financiador:

- Favorecer y fortalecer vínculos durante el proceso de estadía o internación (visitas, alternativas de comunicación a distancia, etc.).
- Establecer tiempo esperable de cumplimiento de los objetivos planteados al momento de ingreso o bien luego de cada interurrencia significativa.
- Anticipar situaciones que impliquen toma de decisiones y brindar toda la información técnica posible.
- Comunicar el plan de egreso (posible) con toda la información necesaria para reducir miedos, angustias e incertidumbre.

Acciones deseadas para ser Predecible con el personal:

- Capacitar en forma sistemática para reducir la variabilidad en la tarea.
- Contar con herramientas para asegurar la adquisición y la puesta en práctica.
- Explicar con claridad que problemas podrá tener y cual será la manera de poder solucionarlos.

Acciones deseadas para ser Predecible con los directivos:

- Asegurar los procesos asistenciales, operativos y administrativos se encuentren alineados con la filosofía de la institución (misión, visión y valores).
- Dar cumplimiento a las líneas estratégicas formando y consolidando los distintos equipos: estratégicos, tácticos y técnicos.

¿QUÉ IMPLICA SER **SUSTENTABLES**?

- ✓ Sostenerse y permanecer en el tiempo.
- ✓ Realizar mediciones (contar con indicadores) para poder luego desarrollar las mejoras.
- ✓ Contar con un programa de capacitación y mejora continua.
- ✓ Mantener un sistema de comunicación bidireccional.
- ✓ Crear nuevas iniciativas (nuevos productos, nuevas oportunidades).
- ✓ Cuidar la imagen de la marca.

¿QUÉ IMPLICA SER **SUSTENTABLES**?

Acciones deseadas para ser Sustentables con el paciente y residente:

- Cumplir con los procesos y normativas.
- Reportar desvíos y/o eventos adversos cuando sucedan.

Acciones deseadas para ser Sustentables con la familia y el financiador:

- Brindar espacios y materiales educativos (charlas, cursos, folletería, etc.)
- Cumplir con nuestras promesas.

Acciones deseadas para ser Sustentables con el personal:

- Favorecer espacios de desarrollo profesional dentro de la institución.
- Participación en trabajos de investigación, congresos, etc.
- Desarrollar programas de evaluación de desempeño.

Acciones deseadas para ser Sustentables con los directivos:

- Lograr un clima laboral favorable reduciendo la rotación del personal.
- Permanecer en la búsqueda de la mejora continua manteniendo viva la cultura.

POLÍTICA DE CALIDAD

SAN MIGUEL

Hirsch

POLÍTICA DE CALIDAD: Objetivo

▪ **ESTRATEGÍA DEL PROGRAMA DE CALIDAD:**

- ✓ Estandarización de Procesos Asistenciales y Operativos.
- ✓ Sistema de calidad: reportes y análisis de eventos adversos, reclamos y sugerencias, y encuestas de satisfacción.
- ✓ Formación de un Comité de Calidad.

▪ **OBJETIVOS:**

- ✓ Brindar un servicio centrado en la persona y su entorno, que sea predecible, confiable y sustentable.
- ✓ Comprender y atender a las Necesidades
- ✓ Adaptar los procesos
- ✓ Educar al usuario
- ✓ Estandarizar

1- ESTANDARIZACIÓN DE PROCESOS ASISTENCIALES Y OPERATIVOS

Basados en el trabajo Misión y Visión del Centro y siguiendo las tres líneas estratégicas establecidas por las máximas autoridades de la institución (comisión directiva), se establece una línea de trabajo basada en el armado de un mapa de procesos y procedimientos a cargo de las direcciones (asistencial y operativa) y la construcción de un equipo de mandos medios para llevarlo a cabo.

Como guía para estandarizar los procesos utilizamos el Manual de ITAES.

NORMA DE APROBACIÓN DE LAS DIRECCIONES:

Todas las normas que se redacten son aprobadas por la Dirección correspondiente, son revisadas cada 2 a 3 años (o antes si surgiera alguna necesidad de cambio y/o mejora), son informadas al área de Capacitación para la puesta en marcha de la transmisión y capacitación de los actores involucrados en cada uno de los procesos, procedimientos e instructivos, para dar lugar luego a su implementación, estando disponibles en el campus virtual y en computadores de escritorio próximas a su lugar de trabajo.

A partir de un programa de capacitación, cada mando medio organiza junto con el área de capacitación: organigrama, modalidad, sistema de evaluación si corresponde, desarrollo de material de apoyo, etc. Se transmite e implementa.

COMITÉ INTERDISCIPLINARIO DE CALIDAD

▪ **OBJETIVO PRINCIPAL:**

Asegurar la calidad de los procesos asistenciales, operativos y administrativos, basada en la atención centrada en el paciente y su seguridad, así como también la seguridad de otros públicos y los colaboradores de la institución.

- Secretaria administrativa del comité.
- Director de operaciones y finanzas.
- Director médico general.
- Directora médica técnica.
- Jefe de mantenimiento
- Jefa de recursos humanos.
- Responsable de capacitación y docencia
- Coordinadora de terapia ocupacional
- Coordinadora de kinesiología
- Coordinadora de servicio social
- Coordinador medico
- Coordinadora de operaciones
- Jefatura de enfermería
- Responsable del área de alimentación
- Integrantes del equipo o invitados externos conforme necesidad acorde a la problemática a tratar.

Hirsch

METODOLOGÍA

- Encuentros quincenales siguiendo orden del día (enviada por correo electrónico a todos los participantes con al menos 48 hs. de anticipación).
- Se presentan nuevos problemas, desvíos y no conformidades, para entonces dar lugar al análisis correspondiente de las causas, propuesta y selección de soluciones e iniciativas de mejora.
- Fuentes: encuesta de satisfacción, quejas, reportes internos.

Una vez validadas por la Dirección se desarrolla el proyecto.

- Recursos Humanos detecta las necesidades de capacitación y desarrollo, asegurando un programa eficaz y favoreciendo la comunicación multidireccional necesaria.
- El comité realiza el seguimiento hasta su implementación y medición de resultados.
- Estandarización.

ROL DEL EQUIPO DE MANDOS MEDIOS

Tienen a su cargo la resolución descentralizada de problemas operativos, con una visión interdisciplinaria, generando iniciativas de mejora al comité de calidad para su análisis de VALOR=efectividad asistencial más experiencia del usuario/ recursos utilizados.

REGISTRO:

libro de actas a cargo de uno de los integrantes del comité, con resumen de la reunión (frases breves y precisas, comprensible para los que hayan estado ausentes), se difunde una minuta en lo posible en el mismo día de realizada la reunión (con los pendientes, responsables de los mismos, y postulación de temas nuevos a tratar, con fecha de próximo encuentro).

COMITÉ DE ÉTICA:

Conformado por los integrantes del comité de calidad con intervención ante la toma de conocimiento de la falta de cumplimiento del código de Ética y ante situaciones bioéticas podrá ser consultado por parte del equipo interdisciplinario terapéutico.

2- SISTEMA DE CALIDAD:

A- REPORTE DE EVENTOS ADVERSOS (DETECCIÓN DE DESVIÍOS)

OBJETIVO:

Contar con un sistema de reporte anónimo que esté al alcance y disponible para todos los colaboradores del centro que permita informar acerca de algún atributo que vulnere la calidad.

ATRIBUTOS A REPORTAR:

Se reportan todos aquellos atributos que estén vinculados fundamentalmente a:

- Atención Centrada en la Persona (ACP).
- Seguridad de Paciente.
- Cumplimiento de Procesos Implementados.

LOS TÍTULOS PRICIPALES PARA DAR INICIO PARA EL REPORTE SERÁN:

- Errores en la medicación.
- Fallas en procesos implementados (propuestas de mejora).
- Fallas en la comunicación con la familia, con el paciente, y con los equipos (y entre equipo).

2- SISTEMA DE CALIDAD:

A- REPORTE DE EVENTOS ADVERSOS (DETECCIÓN DE DESVIÍOS)

HERRAMIENTAS DE REPORTE:

- Sistema de Tickets (plataforma usada para generar solicitudes a mantenimiento y/o sistemas). Ver instructivo de uso (video).

ANÁLISIS Y RESPUESTA A LOS REPORTE:

- Se identifican “agentes” que serán los encargados de realizar la lectura, análisis (con los sectores y /o profesionales que se requiera involucrar conforme al reporte realizado), y luego dar devolución.
- Se compartirán los resultados de los análisis y respuestas realizadas en reuniones con formato símil ateneo de convocatoria abierta a todos los colaboradores (en horario y día rotatorio).

2- SISTEMA DE CALIDAD:

B- ENCUESTA DE SATISFACIÓN DE INTERNACIÓN Y ALIMENTACIÓN:

OBJETIVO:

- Conocer, detectar y mejorar desvíos que se puedan producir durante el ingreso, la estadía y el egreso de los residentes y pacientes, a fin de promover y asegurar su completo bienestar.
- Conocer, detectar y mejorar desvíos que se detecten en los momentos de alimentación.

HERRAMIENTA DE REPORTE:

- Encuestas en formulario google diseñadas a tal fin y en papel.

ANÁLISIS Y RESPUESTAS A LOS REPORTES:

- Secretaria médica realiza las encuestas de internación cumplidos los primeros 10 días de internación, luego durante la estadía a los 30, 60 días y 90 días repitiéndose semestralmente.
- Servicio social analiza los datos y confecciona reporte para compartir y trabajar sobre posibles desvíos y mejoras en los encuentros del comité de calidad cada 2 meses.
- Personal del sector de alimentación realiza encuestas semestralmente a un grupo previamente seleccionado (conforme a la capacidad de dar respuesta).
- Responsable del área de alimentación analiza datos, confecciona reporte y presenta ante el comité de calidad los resultados para su análisis y propuesta de mejora.

2- SISTEMA DE CALIDAD:

C- RECEPCIÓN Y GESTIÓN DE RECLAMOS Y SEGRENCIAS:

OBJETIVO:

- Recepcionar y gestionar los reclamos y sugerencias de manera oportuna, confidencial, y objetiva con el fin de garantizar la mejora en la calidad.

HERRAMIENTAS:

- Libro de quejas y sugerencias en sector portería.
- Proceso de recepción de reclamo y/o sugerencias.

ANÁLISIS Y PROPUESTAS DE MEJORAS:

- Servicio social: presentación de casos en forma mensual en el espacio de reuniones del comité de calidad.



PROGRAMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

Teniendo en cuenta las tres líneas estratégicas del Centro, se establece como modelo de trabajo en calidad la gestión por procesos.

Estos procesos son diseñados por los responsables e involucrados, aprobados por la dirección correspondiente.

El reporte de desvíos es analizado en las reuniones del comité de calidad para su mejora.

Hirsch

Hirsch