



MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL SANTA ROSA DE LIMA

TITULO
MEJORA DE LA DIETA ALIMENTICIA SERVIDA A LOS USUARIOS HOSPITALIZADOS
DE ACUERDO A LA CONDICION CLINICA INDIVIDUALIZADA.

SANTA ROSA DE LIMA, OCTUBRE DE 2016.

Contenido

Introducción.....	3
Datos de presentación del proyecto.....	5
1. Antecedentes.....	6
2. Justificación.....	10
3. Objetivos.....	13
4. Metodología.....	13
5. Principios fundamentales para la mejor práctica.....	54
A. Liderazgo y compromiso de la alta dirección para promover la mejor práctica.....	54
B. Apoyo para el desarrollo e implantación de la mejor práctica.....	59
C. Reconocimiento a equipos de trabajo.....	61
D. Identificación y selección de la oportunidad de mejora.....	63
E. Recolección y Análisis de la Información.....	68
F. Gestión de la Mejor Práctica.....	74
G. Implantación de la mejor práctica.....	84
H. Control y Seguimiento.....	85
I. Gestión del Equipo de Trabajo.....	86
J. Gestión del conocimiento e innovación de la mejor práctica.....	88
K. Resultados de la mejor práctica.....	89
L. Sostenibilidad y mejora.....	96
ANEXOS.....	101

Introducción

El proyecto denominado, “mejora de la dieta alimenticia servida a los usuarios hospitalizados de acuerdo a la condición clínica individualizada”, está orientado a beneficiar a los usuarios, quienes son los principales protagonistas del trabajo a nivel hospitalario. Se ha considerado de trascendencia trabajar en la mejora de la dieta alimenticia, porque la alimentación constituye una de las principales necesidades básicas del ser humano, y cuando se encuentra frente a una enfermedad, con medicamentos de amplio espectro que deteriora el organismo y la motivación ; necesita de alimentos que contribuyan a mantener las fuerzas y la nutrición adecuada, para no decaer cuando se encuentra en ambiente extraño ajeno al familiar, razón por la cual el ofrecerle una alimentación adecuada a su condición clínica , suficiente y segura; constituye la principal apuesta del presente proyecto.

Según la investigación previa realizada a la formulación del proyecto, se pudo constatar que, el 74% de la población usuaria consideraba que la alimentación era adecuada. Se identificó, además, dificultades en la prescripción de dietas según lineamientos técnicos de prescripción de dietas en hospitales. Por lo tanto, la preparación y entrega de dieta al usuario era igual; se servía la dieta normal sin diferenciación de patologías, ni etapa de vida. Es importante rescatar las limitadas competencias para preparar menús diferenciados en el área de alimentación y dieta y las dificultades para apegarse a buenas prácticas de manufacturación de alimentos.

Ante esta problemática expuesta, se consideró prioritario la ejecución del proyecto que le apostó por la prescripción de una dieta según lineamientos técnicos, preparación y entrega según se indica en expediente clínico. Para hacer efectivo este esfuerzo, fue necesario desarrollar procesos de capacitación, con la intencionalidad de fortalecer habilidades y competencias técnicas de los profesionales de cocina, médicos y enfermeras. Fue básico también trabajar los elementos actitudinales, mediante la estrategia de sensibilización y compromiso, se generó el cambio esperado y la disponibilidad para implicarse en las diferentes fases del proyecto. El proyecto estuvo estructurado para ser implementado en el

área de alimentación y dieta, involucrando a personal del área antes mencionado, médicos y enfermeras. A quienes se capacito y luego se estuvo monitoreando de manera frecuente con el uso de instrumentos para medir el cumplimiento de lo planteado. El proyecto se diseñó para ser implementado en el ambiente hospitalario; por lo tanto, para la capacitación se utilizaron lineamientos emanados del Ministerio de Salud, y las capacitaciones tenían el enfoque contextual de la dieta para usuarios hospitalizados.

Entre las principales características que tiene el proyecto se pueden destacar las siguientes: la apuesta por una alimentación de calidad, que cumpla con lo requerido por el médico tratante, las condiciones de preparación de acuerdo a normativas vigentes de manufacturación de alimentos, quienes estuvieron al frente de los procesos de capacitación, fueron profesionales especialista en nutrición y dieta con amplia experiencia en esta temática y el seguimiento y monitoreo estuvo a cargo de un equipo interdisciplinario, quienes realizaron las mediciones necesarias para determinar el impacto, mediante la reducción de la brecha encontrada en la situación inicial identificada.

El proyecto se estructuró en dos grandes partes; la primera parte, estuvo relacionada con los antecedentes del problema, los argumentos que justifican del porque era necesario realizar un proyecto de mejora en el área de alimentación y dieta, se plasman los objetivos, la metodología utilizada para llegar a formular el proyecto, se describe el plan de acción y los resultados generados a partir de la implementación del proyecto. En la segunda parte, se describe los principios para la fundamentación de la mejor práctica, se hace un análisis de cómo la alta dirección se involucra en la mejor práctica, las facilidades que otorga, capacidad de gestión, alineación del proyecto con el funcionamiento y normativas hospitalarias, herramientas de calidad utilizadas, resultados y los mecanismos de sostenibilidad de la mejor práctica.

Datos de presentación del proyecto

Título: “mejora de la dieta alimenticia servida a los usuarios hospitalizados de acuerdo a la condición clínica individualizada”.

País y ciudad de ejecución: El Salvador, ciudad de Santa Rosa de Lima

Nombre de la institución ejecutora: Hospital Nacional Santa Rosa de Lima, a través de la Dirección, responsable, Dr. Efraín Torres Flores

Ubicación: Barrio La Esperanza, sobre calle Ruta Militar, Salida a San Miguel

Teléfono: 2665-6001

Correo electrónico: diereccionhnsrl@gmail.com

Coordinador/a del proyecto: Dra. Glenda Patricia Medrano Ramírez

Duración

- **Fecha de inicio:** 1 de octubre del año 2015
- **Fecha de finalización:** 30 de septiembre de 2016
- **Periodo total de ejecución:** 12 meses

Coste total del proyecto: \$ 2,681.10

1. Antecedentes

El hospital Nacional Santa Rosa de Lima, se ubica en la categorización de hospital básico, que cuenta con los servicios de las cuatro especialidades básicas: pediatría, cirugía general, medicina interna y gineco-obstetricia; además se dispone de la subespecialidad de ortopedia como valor agregado para la atención de la población geográfica de influencia.

El Hospital Nacional Santa Rosa de Lima, es parte de la Micro red Santa Rosa de Lima, que la integran los seis municipios: San José la Fuente, Bolívar, Pasquina, Santa Rosa de Lima, El Sauce y Concepción de Oriente. También es parte de la Micro red de Anamoros, que la integran cuatro municipios: Lislique, Anamoros, Nueva Esparta y Poloros. Por accesibilidad geográfica se atiende a usuarios de los municipios del departamento de Morazán (Jocoro, El Divisadero, Corinto y Sociedad) que por su condición geográfica asisten a este hospital y se atiende a población de los países de Honduras y Nicaragua.

El Hospital cuenta con una infraestructura de tipo horizontal, distribuida en módulos: módulo A, se encuentran las oficinas administrativas, y consulta externa especializada, Módulo B, emergencia, farmacia, Rayos X, Ultrasonografía y laboratorio, Módulo C, sala de parto y de operaciones, Módulo D, hospitalización de pediatría, y gineco-obstetricia, Módulo E, hospitalización de medicina interna, cirugía general y bienestar magisterial, Módulo F, arsenal, lavandería, mantenimiento, almacén y alimentación y dieta. El hospital cuenta con una capacidad instalada de 58 camas censables, distribuidas de la siguiente manera: 13 en medicina interna, 9 en cirugía general, 1 para ginecología, 14 de obstetricia y 21 para pediatría; las 8 no censables que se ubican en las áreas de emergencia y trabajo de parto. El índice general de ocupación para el año 2015 es de 104%¹. Este dato parece relevante, porque sobrepasa la capacidad instalada, significa una saturación de usuarios durante la hospitalización; solamente en el servicio de ginecología se tuvo el 66% de ocupación de cama; esta baja se explica por el aumento del manejo de las usuarias de manera ambulatoria a partir de este último año, con la implementación de la estrategia hospital de día; que consiste en el

¹ Fuente: Sistema de Programación, Monitoreo y evaluación de Actividades Hospitalarias, MINSAL.

ingreso de las usuarias para la realización de cirugía programada, se espera la recuperación en el área postoperatorio y luego son dadas de alta. Estos datos se explican de mejor forma en la siguiente tabla.

Tabla 1. Porcentaje de días camas ocupadas por especialidad año 2015.

Especialidades	Días camas ocupados	Días camas disponibles	Porcentaje de ocupación
Medicina Interna	4,1087	4,342	96%
Cirugía General	2,726	2,976	92%
Pediatría	7,966	7,014	114%
Ginecología	194	334	58%
Obstetricia	4,159	4,676	89%
Total	19,232	19,342	99%

Fuente: Sistema de Programación, Monitoreo y evaluación de Actividades Hospitalarias, MINSAL.

En relación a los días estancia hospitalaria es necesario mencionarlo de acuerdo a las especialidades, datos que se describen a continuación en la siguiente tabla.

Tabla 2. Promedio de días estancias por especialidad año 2015.

Actividad hospitalaria	Días cama ocupados	Egresos	Promedio días estancia
Cirugía general	2,818	914	3.1
Ginecología	200	62	3.2
Medicina Interna	4,415	1,103	4
Obstetricia	4,619	2,343	2
Pediatría	8,625	2,214	3.9
Total	20,677	6,636	3.1

Fuente: Sistema de Programación, Monitoreo y evaluación de Actividades Hospitalarias, MINSAL.

El hospital cuenta con una plantilla de recursos humanos de 214 empleados distribuidos de la siguiente manera, tal y como aparecen en la tabla 3.

Tabla 3. Plantilla de Recursos Humanos año 2016.

Área	N° de Recursos	porcentaje
Dirección y administración	66	30.84%
Médicos	31	14.49%
Enfermería	53	24.77%

Servicios de apoyo	64	29.91%
Total	214	100%

Fuente: Sistema de Programación, Monitoreo y evaluación de Actividades Hospitalarias, MINSAL.

Entre las principales causas de morbilidad de egreso hospitalario se encuentran descritas en la tabla.

Tabla 4. Diez primeras causas de morbilidad de egreso hospitalario, año 2015.²

Nº	Grupo de causas	Egreso	Porcentaje
1	Parto único espontáneo	1,360	21
2	Neumonía	639	10
3	Otras fiebres virales transmitidas por artrópodos y fiebres hemorrágicas	481	7
4	Otras atenciones materna relacionadas con el feto y la cavidad amniótica	441	7
5	Otras complicaciones del embarazo y del parto	320	5
6	Diarrea de presunto origen infeccioso	257	4
7	Otras enfermedades del sistema urinario	192	3
8	Otros traumatismos de regiones especificadas, de regiones no específicas.	153	2
9	Diabetes mellitus	152	2
10	Otros trastornos respiratorios originados en el periodo perinatal	139	2
Demás causas		2,392	37
TOTALES		6,526	100

Fuente: SIMMOW, MINSAL

El departamento de alimentación y dieta, surge paralelamente con la apertura del hospital en el año de 1981, siendo la responsable del servicio la Sra. Dilma de Velásquez y disponía de un personal de cuatro cocineras quienes se distribuían por turnos de 10 horas laborales comprendidas de 6:30 a .m a 5:30 p.m. en sus inicios según referencias de la Sra. de Velásquez la producción de dieta era mínima, pues el número de ingreso era inferior. Con la evolución del tiempo y el crecimiento poblacional, el hospital ha tenido un aumento significativo en la demanda de servicios de salud; entre las razones que explican este aumento en la población usuaria se relaciona con, la gratuidad en los servicios de salud; tiende a disminuir el número

² Datos al 6 de diciembre, año 2015 (semana epidemiológica 48)

de egresos hospitalarios desde el año 2010; situación que se puede atribuir a la contratación de especialistas en las cuatro áreas básicas para el año 2010. En la siguiente tabla se observa la tendencia del número de egresos en los últimos ocho años, se toma este dato porque está en línea paralela con la producción de dietas alimenticias del departamento de alimentación y dieta.

Tabla 5. Comparativo de número de egresos hospitalarios por años

Año	Número de egresos	Diferencia
2008	7,791	Aumento de 743 egreso
2009	8,534	
2010	7,118	Disminución de 1, 416 egresos
2011	6,680	Disminución de 438 egresos
2012	6,818	Aumento de 138 egresos
2013	7,105	Aumento de 287 egresos
2014	6,887	Disminución de 218 egresos
2015	6,933	Aumento de 46 egresos

Fuente: Sistema de Programación, Monitoreo y evaluación de Actividades Hospitalarias,

En la tabla, se puede observar que durante los últimos 5 años se ha mantenido la tendencia de un promedio de egresos que corresponde a un total de 6,884.6, dato que significa la cantidad de raciones que se tienen que producir y para la cual se debe presupuestar.

Tabla 6. Producción de dietas hospitalaria por especialidad, enero-septiembre del año 2015.

Servicio de hospitalización	Numero de dietas servidas	Porcentaje
Medicina interna	3,371	23.11%
Cirugía General	2,031	13.92%
Ginecología	222	1.52%
Obstetricia	2,986	20.47%
Pediatría	5,978	40.98%
Total	14,588	100%

Fuente: Sistema de programación, monitoreo y evaluación de actividades hospitalarias.

Actualmente el departamento de alimentación y dieta cuenta con 6 recursos, que son las responsables de la preparación, empaquetado y distribución de los alimentos a los usuarios hospitalizados, existe la responsable o jefatura del área, cuyas funciones principales son: planear, organizar, monitorear y evaluar las actividades del servicio de alimentación y dietas.

Es necesario mencionar que durante el año 2015 se integraron al equipo de cocina 4 nuevos recursos en sustitución al personal jubilado.

En Hospital Nacional Santa Rosa de Lima ha realizado esfuerzos en mejorar la calidad de atención que brinda a los usuarios hospitalizados; así se tiene que para el año 2011 se realizó un proyecto de mejora que contribuyó a la elaboración y entrega de dieta acuerdo a la prescripción médica, cumplimiento de las normas de higiene y manipulación de alimentos; estas condiciones contribuyeron a que se generara mayor satisfacción de los usuarios según encuestas aplicadas. Lamentablemente estos esfuerzos no fueron sostenidos en el tiempo, no se continuó midiendo los indicadores de mejora, el cambio de personal en la plantía de cocina fueron condiciones que no permitieron la sostenibilidad de la mejor práctica. Actualmente persisten algunas limitantes en la preparación de acuerdo a la prescripción médica y la distribución de los alimentos.

En el año 2015, con la nueva Gestión se retoma el proyecto con nueva perspectiva que posibilita la mejoría en la dieta servida y el involucramiento del personal con el equipo de mejora.

2. Justificación

El área de alimentación y dieta, ha sido una de las unidades que no se le ha prestado mayor atención en los últimos años, realizando sus funciones de acuerdo a experiencia y prácticas empíricas; se había visualizado como un servicio sin incidencia directa en la recuperación de los usuarios. En este sentido, se ha realizado una preparación de alimentos y distribución de los mismos sin una supervisión ni valoración del cumplimiento de la prescripción médica; así se tiene que, se entrega el mismo tipo de dieta a un paciente con diabetes, hipertensión y un paciente sin patología de base. Por otra parte, no existía cumplimiento de las medidas de higiene, manufactura, empaquetado y distribución de los alimentos.

Si bien es cierto que, se desconocen de estudios científicos, que demuestren la correlación entre una dieta diferenciada según condición clínica servida y la pronta recuperación de los pacientes; sin embargo, de manera empírica se sabe que la alimentación tiene sus efectos en la nutrición y en la recuperación de la salud del paciente. Desde esta perspectiva, se hace necesario pensar, en el usuario que adolece de una enfermedad, que lo mantiene en recuperación en una cama hospitalaria, que tiene necesidades especiales, que se encuentra en un ambiente fuera de su hogar y con necesidades especiales por su condición de enfermedad. Estas variables hacen suponer que, es muy importante trabajar la manufactura de alimentos de las personas hospitalizadas con mucho cuidado; de manera que, no se convierta los alimentos que recibe en una alteración de su patología, ni caiga en un estado de desnutrición. En consecuencia, se debe pensar no solo en suplir las necesidades básicas en salud, sino también que los alimentos servidos en el ámbito hospitalario resulten de beneficio para la salud y agradable ante el paladar y la vista del usuario.

Se debe tener presente en todo momento, que los usuarios hospitalizados presentan necesidades nutricionales especiales en función de los desequilibrios metabólicos relacionados con las enfermedades que sufre. Entre estas necesidades se pueden mencionar: la pérdida de peso vinculado al aumento de las necesidades energéticas, la disminución de la capacidad de digestión y absorción intestinal de los nutrientes y metabolismo. Existen otros factores como: los tratamientos farmacológicos administrados, los periodos de tiempo prolongados de ayuno para la realización de exámenes y cirugías. El rechazo a la alimentación puede estar asociado al ambiente hospitalario al cual no está familiarizado el usuario, el tipo de comida que recibe, las cantidades de comida y los horarios en que son servidos los alimentos y los mismos cambios de rutina a los que enfrenta el usuario en su periodo de recuperación hospitalaria.

Se debe tener en cuenta que, si una persona no recibe la alimentación adecuada, tanto en su composición, como en las cantidades y frecuencias puede llegar a perder peso y si tiene enfermedades de larga duración como pie diabético, neumonía, u otras enfermedades, puede llegar a desnutrirse; condición que hace el sistema inmunológico sea menos eficaz y disminuye la capacidad para combatir las infecciones. En este sentido, se requiere identificar aspectos que

van desde el diagnóstico por el cual está ingresado el paciente, las restricciones de alimentos o nutrientes de acuerdo con su patología, las preferencias alimentarias, que resulten atractivos y apetitosos para los pacientes.

En definitiva, la alimentación en el hospital juega un papel muy importante en la recuperación del paciente y en sintonía con los Objetivos de Desarrollo Sostenible, específicamente en el objetivo 2, “hambre cero” que considera para el año 2030, poner fin al hambre y asegurar el acceso de todas las personas, en particular los pobres y las personas en situaciones vulnerables, incluidos los lactantes, a una alimentación sana, nutritiva y suficiente durante todo el año³. En este caso se relaciona cuando los usuarios se encuentran hospitalizados por la condición de vulnerabilidad del diagnóstico de ingreso u otras patologías asociadas.

Desde esta perspectiva, la población hospitalizada constituye usuarios especiales que por su condición de vulnerabilidad de su enfermedad ameritan una atención integral, no solamente desde los aspectos clínicos, sino también el tipo de alimentación que recibe, pues esta, es de trascendental importancia para la recuperación de la salud; de alguna manera si los usuarios reciben una dieta diferenciada de acuerdo a la prescripción médica, esta condición contribuirá a que la recuperación de la salud de los usuarios sea inmediata disminuyendo con ello los días de estancia hospitalaria.

La implementación de proyectos de mejora, contribuirá a un mejor funcionamiento del departamento de alimentación y dieta, fomentando la motivación, trabajo en equipo y la satisfacción personal por brindar un mejor servicio.

³ Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo en El Salvador

3. Objetivos.

Objetivo General.

Contribuir a mejorar la salud y nutrición de los y las usuarias hospitalizadas a través del cumplimiento de una alimentación de calidad y cubriendo las necesidades nutricionales de la población atendida.

Objetivos Específicos.

- Desarrollar procesos de capacitación que contribuyan al empoderamiento y perfeccionamiento de las competencias técnicas para el desempeño de las funciones en el área de alimentación y dieta.
- Cumplir con la elaboración y entrega de dietas diferenciadas de acuerdo a los lineamientos técnicos para la prescripción de dietas hospitalarias.
- Fortalecer los aspectos organizativos y administrativos mediante la construcción de herramientas e instrumentos que le faciliten un mejor control en el registro de la información que se genera en el departamento.
- Implementar prácticas de manufactura de alimentos de acuerdo a los lineamientos técnicos establecidos.

4. Metodología

4.1 Identificación del problema

La identificación del problema tiene dos momentos importantes, uno que está relacionado con el antecedente histórico y el otro que se puede enmarcar en un hecho coyuntural de impulso y de apoyo del Ministerio de Salud, desde el nivel central, quienes consideraron de relevancia retomar el proyecto, a continuación, se detallan cada una de estas etapas de identificación del problema.

Los antecedentes históricos de la identificación del problema se remontan al año 2011, precisamente cuando dio inicio el proyecto. La metodología para la identificación del problema se genera de la siguiente manera.

El director y el equipo de gestión de calidad convocó a reunión a los jefes de departamento para realizar un análisis e identificación de los principales problemas que más aquejan en la institución; para ello se hizo uso de la técnica de lluvia de ideas. Un miembro del equipo de calidad explicó la modalidad de la participación, enunciando algunas reglas para la efectividad del análisis y el logro del objetivo planteado, cada uno de los aportes fueron anotados en un papelógrafo, una vez agotada la participación se procedió a depurar aquellas ideas repetidas, diferenciando los que no eran problemas, y de esta manera estructurando un listado definitivo, quedando alrededor de 11 problemas (ver anexo 1).

El momento coyuntural de identificación del problema se refiere a visita realizada por responsables de la Unidad de Gestión de la Calidad del MINSAL, la coordinadora de la Oficina de ES Calidad, quienes consideraron importante realizar un esfuerzo en retomar el proyecto, revisando avances y algunas dificultades que fueran necesario superar. Este impulso desde nivel superior y de otras instituciones, permitió que se retomara el proyecto, iniciando con la administración de una encuesta de satisfacción al usuario externo, la cual mide varios indicadores desde accesibilidad, percepción del tiempo, trato y respeto, condición de higiene de las instalaciones y también se incluyeron tres ítems que sirvieron para valorar que opinaban los usuarios del servicio de alimentación y dieta. La encuesta era de tipo Likert,⁴ en donde el sujeto debía responder: siempre algunas veces y nunca. Esta escala fue heteroaplicada, es decir el sujeto encuestador le iba leyendo cada uno de los reactivos y el encuestado debía responder según su opinión; en total se aplicaron un número de 200 encuestas en los meses comprendidos de junio a septiembre del año 2015. Entre los resultados encontrados se tiene que el 75% de la población le pareció que recibe una alimentación adecuada, sin embargo, existe un 25% de la población que considero que la alimentación no era tan adecuada; este

⁴ Se le presenta a los sujetos en estudio un conjunto de ítem a los cuales debe reaccionar el sujeto eligiendo una de las tres alternativas de la escala.

mismo porcentaje son repiten en relación a la pregunta si las cantidades de comida son suficientes para saciar el hambre. Un dato bastante significativo se obtiene con la pregunta si considera que el menú se repite con mucha frecuencia, donde casi el 60% de los encuestado manifestaron que se repite con frecuencia, este hallazgo es relevante, porque se puede deducir que la alimentación que se les entrega a los usuarios tiende aburrirles y ser poco apetecible para ser consumida; de ahí que se observa en muchas ocasiones que los usuarios manden a comprar comida fuera del hospital.

4.2 priorización del problema

Cuando ya se tenían identificado los principales problemas según criterio de cada jefe de departamento, se procedió aplicar el método de la matriz de Hanlon, como instrumento básico para determinar el orden de importancia de cada problema. Este método está basado en cuatro componentes que permiten valorar la magnitud del problema, la severidad de afectación y los otros dos componentes están relacionados con la eficacia y la factibilidad de intervenir sobre el mismo; dicha valoración se hace asignando un puntaje numérico, condición que facilita jerarquizar los problemas de un listado previamente determinado.

Para la aplicación de esta técnica, fue necesario la facilitación de un miembro del equipo de calidad quien, de manera sencilla, explico el procedimiento, sensibilizando para ser lo más objetivo posible; asegurándose previamente el dominio y comprensión del método de trabajo a utilizar. De este ejercicio realizado se priorizaron cuatro problemas (ver anexo # 2), los que obtuvieron mayor puntaje de acuerdo al orden siguiente: inadecuada dieta alimenticia para el usuario hospitalizado, deficiente limpieza del hospital, inadecuado proceso de lavandería, debilitado control de la visita a pacientes.

Se opto por la intervención del problema de la inadecuada dieta alimenticia al usuario hospitalizado por tres razones principales: 1.) era un problema ya identificado por los usuarios quienes lo habían manifestado en repetidas ocasiones, mediante quejas a las enfermeras jefes de los servicios de hospitalización; 2.) fue el problema que mayor puntaje obtuvo durante el análisis realizado con la aplicación de la matriz de Hanlon; y 3.) se considero que era un

problema con factibilidad en la intervención, pues requería de un análisis precisos de las causas que lo generaban y pensando en el impacto positivo que iba a generar de forma directa en la recuperación de la salud del usuario y la satisfacción de las expectativas de los mismos.

Para el análisis de las causas del problema específico seleccionado, se tomó a bien utilizar el diagrama de Ishikawa (Anexo # 3), para este ejercicio, el Director con el equipo de calidad, el personal de cocina y las enfermeras jefes de los servicios de hospitalización, se reunieron con el objetivo de identificar las causas que ocasionan el problema antes mencionado. Se explicó el mecanismo de la técnica a utilizar y la forma en la que se debe enfocar la participación, pretendiendo identificar las causas principales para luego mencionar las sub-causas, permitiendo el análisis de forma organizada para las decisiones y acciones a realizar en el proyecto de mejora.

Es oportuno mencionar que, para la aplicación de las diferentes herramientas de calidad fue necesario una revisión exhaustiva de literatura relacionada con el fundamento teórico de dichas técnicas por parte del equipo de calidad, considerando las experiencias de algunos miembros del equipo para el manejo de grupo, apostando por evitar las subjetividades en la aplicación de las herramientas, y de esta forma obtener información fidedigna que facilitará el proceso de análisis de la problemática en primera instancia y luego en la implementación de acciones durante el desarrollo del proyecto.

4.3 Enunciado del problema

De acuerdo a la identificación de problema encontrado y la priorización realizada es necesario preguntarse lo siguiente ¿de qué manera la Mejora de la dieta alimenticia servida a los usuarios hospitalizados de acuerdo a la condición clínica individualizada contribuirá a la recuperación pronta y satisfacción de las expectativas de los usuarios?

4.4 Análisis de la situación

Para la elaboración del diagnóstico se tomaron en cuenta los resultados de la encuesta de satisfacción al usuario, encuesta de necesidades de capacitación, entrevista al jefe de cocina y revisión de expedientes clínicos de usuarios que se encontraban ingresados en ese momento de

la revisión. De esta manera el análisis de la situación se estructura en cuatro bloques; en el primero se recolecta información relacionada con la satisfacción de expectativas de los usuarios; alimentación adecuada, cantidad de comida y la repetición de los menús, cada uno de estos ítems se pueden relacionar con variables como, procedencia, género y servicio en la cual estaba ingresado.

El segundo bloque del diagnóstico, intentaba recolectar información relacionada directamente con el personal de alimentación de dieta, valorando los indicadores de desempeño en su área; fue necesario la aplicación de un instrumento que contenía diez indicadores que permitían hacer un análisis individual de la calidad de trabajo desde, cumplimiento de metas, apego a normativas, capacidad de planificación y otras que median capacidad de relacionarse con el equipo de trabajo y con los usuarios, todos estos indicadores se valoraban mediante una escala descriptiva de excelente, regular y deficiente. los ítems puntuados como regular y deficiente, permitía identificar las necesidades de capacitación, (ver anexo # 4).

En el tercer bloque se consideró importante para conocer la capacidad instalada del área de cocina, los procesos de planeación y ejecución en la preparación de la dieta, mecanismo de recepción, almacenamiento y descargos de los insumos y el proceso de la entrega de la dieta a los usuarios.

El cuarto bloque se considera en el instrumento que pretendía medir la capacidad e idoneidad de los médicos para prescribir las dietas a los usuarios según la condición clínica y etapa de vida en la que se encuentra el usuario. Para ello se construyó un instrumento en el cual se anotaba el número de expediente, servicio de hospitalización, dieta indicada, edad del usuario y diagnóstico de ingreso, (ver anexo# 5).

Es necesario mencionar que, los avances obtenidos con la implementación del proyecto, paulatinamente fueron decayendo a partir del año 2013. Justamente cuando dejaron de realizar monitoreo de los indicadores de mejora y valoración de la satisfacción de los usuarios. Se

visualiza la problemática nuevamente relacionada con el no cumplimiento de dietas terapéuticas diferenciadas, limitada supervisión de la entrega de alimentos y procesos de manufactura de alimentos no apegados a lineamientos.

4.4.1 Datos de la encuesta de satisfacción al usuario externo.

En una población de 200 usuarios encuestados en los diferentes servicios de hospitalización se obtuvieron resultados interesantes como los que se muestran en la siguiente tabla.

Tabla N° 7. La alimentación recibida le pareció adecuada

Categoría de respuesta		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Nunca	9	4.5
	Algunas Veces	39	19.4
	Siempre	148	73.6
	Total	196	97.5
Perdidos	Sistema	5	2.5
Total		201	100.0

Fuente: Encuesta de satisfacción al usuario junio-septiembre año 2015.

Tabla N° 8. La cantidad de alimento es suficiente para saciar el hambre

Categoría de repuesta		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Nunca	7	3.5
	Algunas Veces	43	21.4
	Siempre	146	72.6
	Total	196	97.5
Perdidos	Sistema	5	2.5
Total		201	100.0

Fuente: Encuesta de satisfacción al usuario junio-septiembre año 2015.

Tabla N° 9 El tipo de menú se repite con frecuencia

Categoría de respuesta		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Nunca	78	38.8
	Algunas Veces	83	41.3
	Siempre	33	16.4
	Total	194	96.5
Perdidos	Sistema	7	3.5
Total		201	100.0

Fuente: Encuesta de satisfacción al usuario junio-septiembre año 2015.

Según la información recabada con los usuarios externos, se puede resaltar que en términos generales es aceptable la alimentación que reciben los usuarios cuando se encuentran hospitalizados, sin embargo, hay un pequeño porcentaje, el 25% para ser más específicos, que consideran que la alimentación no es tan adecuada ni suficiente; por lo que se hace prioritario un tipo de intervención que permita obtener niveles de satisfacción mayores, esto implica estructurar proyectos que faciliten la mejora continua. Es bastante preocupante la información contenida en la tabla N° 9, en la cual refleja que casi el 60% de la población usuaria considera que los menús se repiten con mucha frecuencia, condición que se puede convertir en un factor que contribuya al rechazo de la comida que se sirve en el hospital, y en consecuencia afectando el estado nutricional y de recuperación del usuario hospitalizado.

4.4.2. Datos del personal de alimentación y dieta.

Entre las principales características del departamento de alimentación y dieta; cuenta con seis recursos y la jefa hacen un total de siete, todas del sexo femenino, cuatro de ellas tienen apenas dos años de haberse incorporado al área de cocina. La distribución que se hace es tres cocineras por cada turno de trabajo; el turno consiste en cumplir con un horario de once horas laborales; pues tienen que preparar el desayuno, almuerzo y cena.

En relación a los indicadores de desempeño evaluado desde la percepción personal se obtuvieron los siguientes resultados. Es necesario mencionar que, estos resultados se agruparon por frecuencias y porcentajes, llegando a determinar luego las necesidades de capacitación, los resultados se detallan a continuación en la siguiente tabla.

Tabla N° 10. Indicadores de desempeño valorados de forma individual.

N°	Indicador	Excelente	Regular	Deficiente	Necesidad de capacitación
1	Calidad de trabajo	7	0	0	
2	Cumplimiento de meta	5	2	0	
3	Trabajo en equipo	2	2	3	Fomentar el trabajo en equipo
4	Relaciones interpersonales	3	4	0	
5	Apego a normas de manipulación de alimentos	0	2	5	Taller de buenas prácticas de

					manufactura
6	Trato al usuario	3	3	1	Humanización de los servicios
7	Conocimiento del puesto	3	4	0	
8	Responsabilidad	7	0	0	
9	Planificación y organización	2	5	0	
10	Comunicación con el personal	4	3	1	Comunicación efectiva

Fuente: instrumento de evaluación de necesidades de capacitación, octubre de 2015

Si se observa en la tabla anterior, se tiene que, en el primer ítems relacionado con la calidad de trabajo todas manifestaron ser excelente en el desempeño de sus funciones, sin embargo en la medida que se iban detallando los indicadores se fueron descubriendo algunas limitantes que ameritaban algún tipo de intervención mediante un proceso de capacitación, no aparece en esta tabla la necesidad de capacitar sobre los lineamientos técnicos para la prescripción de dietas en hospitales, pues tal instrumento no era del conocimiento del personal de alimentación y dieta, pero fue necesario de incluirlo en el plan de capacitación del proyecto. El otro tema de capacitación identificado es el de buenas prácticas de manufacturación de alimento y los otros se pueden agrupar temas de desarrollo personal y se agrupan en lo relacionados con habilidades de interacción con los usuarios internos y externos.

4.4.3. Datos de la capacidad instalada del departamento de alimentación y dieta.

En relación a la capacidad instalada se tiene que el departamento cuenta con 7 recursos, con un horario de trabajo de 11 horas. la infraestructura es un área bastante limpia, cuenta con oficina para el trabajo de administrativo, área de cocina, de montaje de alimentos, pilas para el lavado de trastos, un cuarto frio para guardar los alimentos perecederos y una bodega para el resguardo de los no perecederos, servicio sanitario exclusivo para el personal del área. Dispone de buena iluminación, no así de la ventilación que por las condiciones del clima caluroso que caracteriza a Santa Rosa de Lima, más el calor que genera la cocina se convierte en un espacio caluroso.

El departamento cuenta con un mecanismo de recepción de los insumos de alimentos que es fiscalizado por el almacén, quienes verifican la calidad de los alimentos y hacen un registro de la facturación de lo recibido, dándose por enterado el cumplimiento de lo estipulado en el contrato por el suministrante; existe evidencia de las entradas del almacén y lo despachado a alimentación y dieta, teniendo una entrega semanal de los alimentos.

Entre algunas limitantes encontradas se pueden mencionar: no existe un instrumento que refleje la evidencia de solicitud de alimentos diarios, ni el desperdicio de alimentos, en el caso que estos estén deteriorados, o listado de los alimentos próximos a vencer, no se dispone de un menú cíclico al menos para dos semanas, sino que este se construye de acuerdo a las necesidades o creatividad de los recursos asignados para el turno, no se dispone de un kardex actualizado, no se pudo constatar que el personal contara con un certificación vigente de manipuladores de alimentos ni exámenes clínicos vigentes.

4.4.4. Datos de personal médico.

Entre los principales hallazgos del instrumento para la recolección de información con la calidad de prescripción de la dieta en el expediente clínico según patología etapa de vida de los usuarios se encontró que, según 65 expedientes clínicos revisados en los diferentes servicios de hospitalización se obtuvo que, la mayoría de dietas no son prescrita de acuerdo a las indicaciones de los lineamientos técnicos de prescripción de dietas en hospitales. En el caso de los niños de 0 a 9 años, la principal dificultad es que solo se encuentra plasmado en el expediente dieta corriente según edad, en ninguno se encontró que era necesario la entrega de refrigerios, o alimento especial como purés o papillas. Este tipo de indicación era muy genérica y poco comprensible para el personal de alimentación y dieta, situación que permitía que la dieta a entregar era la misma corriente que se les entregaba a las personas adultas. Para las usuarias de obstetricia si estaba dieta corriente, pues la mayoría recibe este tipo de dieta. En los expedientes de medicina y cirugía existe igual una indicación genérica como: corriente, hiposódica, blanda, líquida y de diabético. No aparecen especificidades en las indicaciones, hipercalórico, hipocalóricas, hiperproteica, hipoproteica, alta en carbohidratos, alta en fibra,

libre de gluten, por mencionar unos ejemplos.⁵Estos datos encontrados hacen suponer que los profesionales médicos no estaban indicando las dietas de manera adecuada, porque no había el conocimiento actualizado según lo rigen los lineamientos técnicos de prescripción de dietas en hospitales.

⁵ Estos datos fueron obtenidos de expediente clínico, de instrumento aplicado en octubre de 2015.

4.5. Diseño del Plan de Mejora.

RESULTADO ESPERADO 1: Personal de Alimentación y Dietas capacitado y con competencias técnicas para la elaboración de dietas.							
Actividades	Sub- actividades	Indicador	Medios de verificación	Supuestos	Responsables	Plazos	
						Planificados	Reales
Elaborar diagnóstico de las necesidades de capacitación	Elaboración de instrumentos de necesidad de capacitación	Número de Instrumentos elaborados	Instrumentos terminados	Deterioro de instrumentos	Equipo de proyecto	Octubre/2015	Octubre/2015
	Coordinar con la jefe del departamento de alimentación y dietas día hora para pasar instrumentos	Número de Coordinación realizada	memorándum libro de actas,	Perdida del libro de actas	Director, Equipo de Proyecto	Octubre/2015	Octubre/2015
	Aplicación de los instrumentos a personal de alimentación y dietas	Número de instrumentos aplicados	Instrumentos cumplimentado	Negatividad del personal a responder el Instrumento	Lic. Celestino Salvador	Octubre/2015	Octubre/2015
	Tabulación y análisis de los instrumentos aplicados	Calidad de la información obtenida	Informe de necesidades de Capacitación	Perdida de Instrumentos	Equipo de Proyecto	Nov/2015	Dic/2015
	Priorización de las necesidades de capacitación	Número de capacitaciones priorizadas	documento, Libro de actas	Surgimiento de otras necesidades	Director, Equipo de Proyecto	Nov/2015	Dic/2015

Actividades	Sub- actividades	Indicador	Medios de Verificación	Supuestos	Responsables	Plazos	
Planificación de talleres de capacitación	Coordinar con la dirección y jefe de Alimentación y dietas para el desarrollo de talleres	Número de coordinaciones realizadas	Memorándum	Asistencia de reuniones del director	Director, Equipo de Proyecto	Enero 2016	Enero 2016
	Gestionar el apoyo técnico con nutricionista para el desarrollo de capacitaciones	Número de Gestiones realizadas	Memorándum	Limitado apoyo de nutricionista	Director, Equipo de Proyecto	Enero 2016	Enero 2016
	Programar día y hora de las capacitaciones	Programaciones realizadas	Plan de capacitación	Inasistencia por otras actividades	Director, Equipo de Proyecto	Enero 2016	Enero 2016
Desarrollo de talleres de capacitación	Implementar talleres de capacitación sobre lineamientos técnicos para la prescripción de dietas en Hospitales.	Número de Talleres Implementados	Lista de Asistencia, actas Fotografías	Inasistencia por otras actividades	Nutricionistas	Enero Febrer o de 2016	Enero Marzo de 2016
	Implementar talleres de desarrollo personal	Número de Talleres Implementados	Lista de Asistencia, actas	Inasistencia por otras actividades	Equipo de Proyecto	Febrer o 2016	Agosto de 2016
Evaluación de resultados de capacitación	Diseño de Instrumentos de evaluación	Número de Instrumentos diseñados	Instrumentos terminados	Daño de los instrumentos	Equipo de Proyecto	Enero 2016	Marzo 2016
	Aplicación de instrumentos de evaluación	Número de Instrumentos aplicados	Instrumentos Cumplimentados	Deterioro de los instrumentos	Equipo de Proyecto	Enero 2016	Marzo 2016
	Análisis de la información recolectada	Análisis realizados	Informe final de evaluación	Perdida del soporte de material guardado	Equipo de Proyecto	Marzo 2016	Mayo 2016

RESULTADO ESPERADO 2: Personal médico y de enfermería capacitado y con habilidades técnicas para la prescripción y supervisión de dieta alimenticia.

Actividades	Sub- actividades	Indicador	Medios de Verificación	Supuestos	Responsables	Plazos	
						Planificados	Reales
Planificación de talleres de capacitación	Coordinar con la dirección y jefe de enfermería para el desarrollo de talleres	Número de coordinaciones realizadas	Memorándum	Incapacidad por enfermedad del Director y Jefe de enfermería	Equipo de proyectos	Diciembre 2015	Enero 2016
	Gestionar el apoyo técnico con nutricionista para el desarrollo de capacitaciones	Número de Gestiones realizadas	Memorándum	Limitado apoyo de nutricionista	El Director de Equipo de proyectos	Diciembre 2015	Enero 2016
	Programar día y hora de las capacitaciones	Número de Programaciones	plan de capacitación	Un evento de emergencia	Equipo de proyectos	Diciembre 2015	Enero 2016
socialización de proyecto	organizar a los profesionales en diferentes grupos	Número de grupos organizados	Actas, grupos organizados	Perdida de los documentos	Equipo de proyectos	Enero 2016	Marzo 2016
	Realizar jornadas de socialización	Número de Jornadas realizadas	Listas de asistencia	Un evento de emergencia	Equipo de proyectos	Diciembre 2015	Enero 2016
Desarrollo de talleres de capacitación	Implementar talleres de capacitación sobre lineamientos técnicos para la prescripción de dietas población adolescente y adulto	Número de talleres realizados	Listas de asistencia	Un evento de emergencia	Equipo de proyectos, nutricionista	Febrero de 2016	Marzo 2016
	Implementar talleres de capacitación sobre lineamientos técnicos para la prescripción de dietas. Para población de cero a nueve años	Número de talleres realizados	Listas de asistencia	Un evento de emergencia	Equipo de proyectos, nutricionista	Febrero de 2016	Marzo 2016

RESULTADO ESPERADO 3: Dieta alimenticia elaborada de acuerdo a lineamientos técnicos para la prescripción de la dieta Hospitalaria.							
Actividades	Sub- actividades	Indicador	Medios de Verificación	Supuestos	Responsables	Plazos	
						Planificados	Reales
Revisar el lista de insumos adjudicados para la elaboración de la dieta alimenticia	Hacer análisis de insumos adjudicados para el año 2015 comparado con lineamientos técnicos de la dieta Hospitalaria	Análisis realizado	documento de adjudicación	Extravió de documentos de adjudicación	Equipo proyectos de	Octubre 2015	Noviembre 2015
	Descartar alimentos innecesarios para la elaboración de dietas terapéuticas	Número de Productos alimenticios descartados	Acta, documento de adjudicación	No acceso al listado de insumos	Equipo proyectos de	Octubre 2015	Nov. 2015
	Coordinar con proveedores para hacer cambios en alimentos adjudicados	Número de coordinaciones realizadas	Acta memorándum	Retiro de los proveedores por cambios solicitados	El Director Dilma Velázquez de	Octubre 2015	Nov. 2015
Elaboración de menú de la dieta diferenciada	Realizar consulta con otras instituciones Hospitalarias para valor la base de menús para la preparación de dieta alimenticia	Número de consultas realizadas	Menús elaborados	Falta de apertura para dar apoyo técnico	Equipo proyectos de	Diciembre 2015	Enero 2016
	Construir menú de acuerdo a lineamientos técnicos	Número de menús contruidos	Menús elaborados	Perdida de los menús	Dilma Velázquez de	Diciembre 2015	Enero 2016
	Aprobación de menú por el director	Número de Menús aprobados	Menús elaborados con visto bueno del director	Ne se aprueba menús	Equipo proyectos de	Enero 2016	
proceso de preparación de la dieta alimenticia	Asignación de los alimentos para la elaboración de la dieta en base al menú del día	Número de solicitudes entregadas	solicitudes firmadas	Incapacidad de la jefe del departamento	Dilma Velázquez de	Enero 2016	Febrero 2016
	Revisión de la requisición de dietas por servicio	Número de requisiciones por servicio	Copia de requisición de enfermería, notas de supervisiones	Extravió de copia de supervisiones	Enfermera jefe de servicio		

	Elaborar dietas según lo solicitado en la requisición.	Número de dietas elaboradas según requisición	Copia de requisición	Extravió de copia de supervisiones	Personal de alimentación y dieta	Enero 2016	Enero 2016
	Montaje de los alimentos en material descartable	Número de dietas empacadas	Fotografías, requisiciones	desabastecimientos de platos	Personal de alimentación y dieta	Enero 2016	Enero 2016
Verificación de preparación y entrega de dieta diferenciada	Supervisar la elaboración de dieta diferenciada	Número de supervisiones realizadas	Informes, libro de actas y fotografía	Situación de emergencias y epidemias	Equipo de proyectos	Enero 2016	Febrero 2016
	Asegurar la entrega de dieta según prescripción medica	Número de dietas entregadas según prescripción medica	Copia de requisición	Desabastecimiento de alimentos	Dilma Velázquez Enfermera de servicio	Enero 2016	Enero 2016
	Monitorear cumplimiento de dietas según prescripción medica.	Nº de monitoreos realizados	Informes, libro de actas y fotografía	Asistencia a otras actividades	Dilma Velázquez	Enero 2016	Enero 2016

RESULTADO ESPERADO 4: Departamento de Alimentación y Dieta utilizando instrumentos para sistematización del registro de información.							
Actividades	Sub- actividades	Indicador	Medios de Verificación	Supuestos	Responsables	Plazos	
						Planificados	Reales
Diseño de instrumentos para el registro de la información	Revisar instrumentos disponibles para el registro de información	Número de Instrumentos revisados	Libro actas	Extravió de Instrumentos	Equipo de proyectos	Octubre 2015	Nov. 2015
	Diseñar nuevos instrumentos de acuerdo a necesidades	Número de Instrumentos diseñados	Instrumentos elaborados	Perdida de soporte de los archivos guardados	Equipo de proyectos	Dic. 2015	Febrero 2016
	Validación y aprobación de instrumentos por la dirección	Número de Instrumentos validados	Acta de validación	Deterioro de instrumentos elaborados	Director	Enero 2016	Febrero 2016
	Reproducción de instrumentos	Número de Instrumentos reproducidos	Instrumentos en las áreas asignadas	Ocurrencia de incendio e inundaciones	Dilma de Velásquez	Enero 2016	Febrero 2016
socialización de instrumentos	Entrega y explicación de llenado de Instrumentos a Jefe del Departamento de Alimentación y dieta	Número Instrumentos entregados	Lista de asistencia y libro de actas	Jefe incapacitada	Equipo de proyectos	Enero 2016	Febrero 2016
	Entrega y explicación de llenado de Instrumentos a jefes de unidad de enfermería	Número Instrumentos entregados	Lista de asistencia y libro de actas	Jefe incapacitada	Equipo de proyectos	Enero 2016	Febrero 2016
Verificación de la utilización de instrumentos	Monitorear utilización de instrumentos	Número monitoreo realizados	Libro de actas	Evento de emergencia	Equipo de proyectos	Marzo 2016	Marzo 2016
	Fortalecer limitantes encontradas en el llenado de instrumentos	Número de limitantes encontradas	Libro de actas	Evento de emergencia	Equipo de proyectos		

RESULTADO ESPERADO 5: Personal del departamento de alimentación y dietas aplicando buenas prácticas de manufacturación de alimentos.

Actividades	Sub- actividades	Indicador	Medios de Verificación	Supuestos	Responsables	Plazos	
						Planificados	Reales
Planificación de talleres de capacitación	Programar día y hora de las capacitaciones	Número de programaciones	Calendarización de los talleres	Emergencia Por epidemia	Enf. Irma Yessenia Lobo Sra. Dilma de Velásquez	Abril 2016	Mayo 2016
	Selección de materiales didácticos para la capacitación	Número de materiales audiovisuales seleccionados	Materiales disponibles Cartas didácticas	Deterioro de los materiales	Enf. Irma Yessenia Lobo	Abril 2016	Mayo 2016
Desarrollo de talleres de capacitación	Implementar talleres de capacitación sobre conservación de alimentos	Número de talleres realizados	Listado de Asistencia Fotografías	Algún evento de emergencia	Enf. Irma Yessenia Lobo	Mayo 2016	Mayo 2016
	Implementar talleres de capacitación sobre manipulación y entrega de alimentos	Número de talleres realizados	Listado de Asistencia Fotografías	Algún evento de emergencia	Enf. Irma Yessenia Lobo	Mayo 2016	Mayo 2016
	Implementar talleres de capacitación sobre uso de vestimenta adecuada	Número de talleres realizados	Listado de Asistencia Fotografías	Algún evento de emergencia	Enf. Irma Yessenia Lobo	Mayo 2016	Mayo 2016
Aplicación de buenas prácticas de manufactura de alimentos	Aplicación de guías de observación	Número de guías aplicadas	Instrumentos cumplimentados	Inasistencia del personal de cocina	Enf. Irma Yessenia Lobo	Junio 2016	Junio 2016
	Aplicación de listas de chequeo	Número de lista de chequeo completados	Instrumentos cumplimentados	Perdida de los Instrumentos aplicados	Enf. Irma Yessenia Lobo	Junio 2016	Junio 2016
	Análisis de la evaluación recolectada	Porcentaje de información analizada	Informe final de Buenas practicas de manufactura de alimentos	Deterioro del informe final	Enf. Irma Yessenia Lobo Lic. Celestino Salvador	Julio 2016	Agosto 2016

Tabla 11. Relación de los resultados del proyecto en función de los objetivos propuestos

Objetivos	Resultados
<p>1. Desarrollar procesos de capacitación que contribuyan al empoderamiento y perfeccionamiento de las competencias técnicas para el desempeño de las funciones de prescripción de dietas y la elaboración de las mismas.</p>	<p>RESULTADO ESPERADO 1: Personal de Alimentación y Dietas capacitado y con competencias técnicas para la elaboración de dietas. RESULTADO ESPERADO 2: Personal médico y de enfermería capacitado y con habilidades técnicas para la prescripción y supervisión de dieta alimenticia.</p>
<p>2. Cumplir con la elaboración y entrega de dietas diferenciadas de acuerdo a los lineamientos técnicos para la prescripción de dietas hospitalarias.</p>	<p>RESULTADO ESPERADO 3: Dieta alimenticia elaborada de acuerdo a lineamientos técnicos para la prescripción de dieta Hospitalaria.</p>
<p>3. Fortalecer los aspectos organizativos y administrativos mediante la construcción de herramientas e instrumentos que le faciliten un mejor control en el registro de la información que se genera en el departamento.</p>	<p>RESULTADO ESPERADO 4: Departamento de Alimentación y Dieta utilizando instrumentos para sistematización del registro de información.</p>
<p>4. Implementar prácticas de manufactura de alimentos de acuerdo a los lineamientos técnicos establecidos.</p>	<p>RESULTADO ESPERADO 5: Personal del departamento de alimentación y dietas aplicando buenas prácticas de manufacturación de alimentos.</p>

4.6. Ejecución del Plan de Mejora

4.6.1 Plan de Trabajo y sus actividades

Cronograma de Trabajo														
Coordinadora: Dra. Glenda Patricia Medrano					Cargo: coordinadora de la Unidad Organizativa de la Calidad									
Periodo de ejecución: 12 meses					Lugar: Hospital Nacional Santa Rosa de Lima									
Nombre del proyecto: Mejora de la dieta alimenticia servida a los usuarios hospitalizados de acuerdo a la condición clínica individualizada.														
Producto	Calendario													
	Primer trimestre			Segundo trimestre			Tercer trimestres			Cuarto trimestres				
Resultado Esperados 1 y 2.	Responsable	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	
actividad	Responsable	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	
Act. 1 elaborar diagnóstico de capacitación	Celestino Salvador	■	■	■			■				■			
Act2. Planeación de talleres de los lineamientos técnicos y de desarrollo personal	Equipo de proyecto			■	■	■	■				■			
Actv3. Desarrollo de talleres de los lineamientos técnicos y de desarrollo personal	Equipo de proyecto			■	■		■	■			■			
Resultado 3.														
Act.1 analizar listado de alimentos	Director y jefe de enfermería			■	■	■	■				■			
Act.2. preparar dietas diferenciada	Personal de cocina			■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	
Act3. Supervisar entrega de dieta adecuada	Equipo del proyecto	■		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	
Resultado 4.														
Act.1. elaboración de instrumentos para el registro de información	Celestino Salvador Delmy Fuentes			■	■	■	■				■			
Act.2. socialización de los instrumentos	Dra. Medrano			■	■	■	■				■			
Act.3 utilización de los instrumentos				■			■	■			■			
Resultado 5.														
Act.1 planeación de los talleres de manufacturación de alimentos	Yessenia Lobo			■		■	■	■	■	■	■			
Act2. Ejecución de los talleres planeados	Yessenia Lobo			■					■	■	■			
Act3. Evaluación de la aplicación de medidas de buenas prácticas de manipulación de alimentos	Yessenia Lobo			■						■	■		■	

Interpretación: Vacaciones= ■ ejecución de actividades = ■ Entrega de producto= ■ Finalización del proyecto ■

4.6.2 Descripción de las actividades.

Resultado	Actividad	Descripción de la actividad
<p>RESULTADO ESPERADO 1: Personal de Alimentación y Dietas capacitado y con competencias técnicas para la elaboración de dietas.</p> <p>RESULTADO ESPERADO 2: Personal médico y de enfermería capacitado y con habilidades técnicas para la prescripción y supervisión de dieta alimenticia.</p>	<p>1.1Elaborar diagnóstico de necesidades de capacitación.</p>	<p>Se comenzó por la elaboración de instrumentos que permitieran recolectar información relacionada con algunas deficiencias en el personal de alimentación y dieta y en los profesionales de medicina y enfermería, para ello fue necesario la reunión del equipo del proyecto, analizando todos aquellos elementos que permitieran contribuir al proyecto de mejora, teniendo en cuenta la información que pueda determinar oportunidades de mejora mediante la capacitación, una vez elaborado los instrumentos se pasaron a revisión y aprobación por el Director</p>
	<p>1.2. Planificar jornadas de capacitación.</p>	<p>La planificación de los talleres estuvo relacionado con la identificación de los especialistas para que pudieran dirigir los procesos de capacitación, luego la distribución de los grupos y la programación de las fechas, para la ejecución de los talleres se tuvo que coordinar con nutricionistas de otro hospital y también se tuvo que contratar servicios profesionales los cuales significo un costo económico para la institución</p>
	<p>1.3. Implementar talleres de capacitación</p>	<p>Se ejecutaron cuatro talleres de capacitación de lineamientos técnicos para la prescripción de dieta en hospitales, dos para el personal de alimentación y dieta y dos para personal médico y de enfermería, subdivididos en dieta para adolescentes y adulto y para niños de 0 a 9 años de edad. Los talleres tuvieron una metodología basada en el aprendizaje de adulto, en donde los participantes tenían la oportunidad de preguntar de aportar y reparar en aquellos elementos que fueran de mayor utilidad.</p>

Resultado	Actividad	Descripción de la actividad
RESULTADO ESPERADO 3: Dieta alimenticia elaborada de acuerdo a lineamientos técnicos para la prescripción de dieta hospitalaria.	1.1 analizar listado de alimentos	Esta actividad tenía como objetivo descartar del cuadro básico de adjudicación de alimentos, aquellos que no contribuyen a la nutrición de los usuarios y agregar otros que fueran más significativos en la preparación de las dietas diferenciadas. La actividad estuvo coordinada por el Director y la jefa de enfermería y la de alimentación y dieta. Este tipo de análisis permitió disminuir el presupuesto asignado para el presente año.
	1.2. preparar dieta alimenticia diferenciada	La realización de esta actividad ha sido una de las más complicada, pues tiene una interdependencia para su ejecución, primero con una buena prescripción de parte del médico, luego la interpretación del personal de cocina, si cuenta con los insumos necesarios y por último la verificación de la entrega al usuario para verificar si se hace de acuerdo a lo prescrito. Este tipo de actividad permitió la implementación de los refrigerios para los niños y pacientes con diabetes, la dieta especial para niños según edad y tal como aparece en los lineamientos, también fue posible el involucramiento de la enfermera del servicio de hospitalización durante la entrega de los alimentos
	1.3. Supervisar entrega de dieta adecuada	La supervisión ha sido un elemento clave en el mejoramiento de la dieta, pues esta ha sido constante durante el proceso de entrega mediante el apoyo de enfermería y de manera eventual el equipo del proyecto se ha desplazado a los servicios para verificar el cumplimiento de la dieta diferenciada desde la prescripción hasta la entrega al usuario.

Resultado	Actividad	Descripción de la actividad
<p>RESULTADO ESPERADO 4: Departamento de Alimentación y Dieta utilizando instrumentos para sistematización del registro de información.</p>	<p>1.1 Elaboración de instrumentos para el registro de información</p>	<p>De acuerdo de las deficiencias identificadas en la organización y procesos administrativos se elaboraron instrumentos actualizados y sencillos fácil de usar. Este esfuerzo requirió del análisis previo del equipo del proyecto y personal de cocina y de enfermería. Se construyeron hoja de solicitud diaria de productos, hoja de desperdicios y requisición de dietas que ya estaban obsoleta, también fue necesario de elaborar una matriz sencilla de prescripción de dietas que fuera de consulta diaria para los médicos. Estos instrumentos fueron de la aprobación del Director de la institución</p>
	<p>1.2. Socialización de los instrumentos</p>	<p>La socialización de los instrumentos fue un mecanismo indispensable para su utilización, esta socialización fue en el área de trabajo, respondiendo a las dificultades identificadas para su aplicación. Este tipo de instrumentos les permitía sistematizar el registro de información y dejando evidencia de un proceso de manejo de los alimentos de manera transparente</p>
	<p>1.3. utilización de los instrumentos</p>	<p>La utilización de los instrumentos en el área de alimentación y dieta fue una de las condiciones del proyecto de mejora, aunque este tipo de actividad genero algún tipo de dificultades porque no se quería dejar antiguas practicas; fue necesario nuevos análisis de tal práctica , ya que esto implica el involucramiento de personal de cocina y de la administración del hospital para que sea factible su utilización</p>

Resultado	Actividad	Descripción de la actividad
<p>RESULTADO ESPERADO 5: Personal del departamento de alimentación y dietas aplicando buenas prácticas de manufacturación de alimentos.</p>	<p>1.1 planificación de los talleres de buenas prácticas de manufacturación de alimentos</p>	<p>De acuerdo de las deficiencias identificadas en esta área según instrumento aplicado, se tomó a bien la planificación de los talleres el cual consistió en seleccionar los materiales adecuados para lograr los objetivos de aprendizaje, definiendo el material audiovisual idóneo, elaboración del plan de capacitación, cartas didácticas y la calendarización de las actividades, luego la aprobación por la jefe de enfermería para que autorizara a la profesional para ejecutar la capacitación</p>
	<p>1.2. realización de los talleres de buenas prácticas de manufacturación de alimentos</p>	<p>La realización de los talleres tuvo una metodología variada en la cual se presentaba visionados, luego generaba pausas de reflexión, con la participación activa de las asistentes, también tuvo una oportunidad de experimentar mediante la practica supervisada. Se desarrollaron alrededor de 5 talleres. El conocimiento adquirido fue muy importante para el cambio de actitudes y con ello mejorar los procesos de preparación y entrega de alimentos.</p>
	<p>1.3. Evaluación de la aplicación de medidas de buenas prácticas de manipulación de alimentos</p>	<p>La evaluación se realizó mediante la aplicación de una guía de observación que se aplica desde el momento que ingresan el personal de cocina al turno, describe aspectos como cumplimiento de la disciplina laboral, limpieza y orden de la cocina, indumentaria utilizada, cuidado y optimización de los productos alimenticios relaciones interpersonales con el usuario interno y externo. Además se pasa una lista de chequeo que mide el cumplimiento de buenas prácticas de manufactura de alimentos, esta lista de chequeo contiene 14 ítems a investigar con alternativas de respuestas dicotómicas SI y No.</p>

4.7 Monitoreo y Evaluación

Los aspectos de seguimiento, monitoreo y evaluación son condiciones imprescindibles en todo proyecto y programa a ejecutar, para ello se debe tener presente cuales son los elementos precisos a monitorear y evaluar. Se puede definir el monitoreo, como un examen continuo o periódico que se efectúa durante la implementación de un proyecto. Su objetivo es “indagar y analizar permanentemente el grado en que las actividades realizadas y los resultados obtenidos cumplen con lo planificado, con el fin de detectar a tiempo eventuales diferencias, obstáculos o necesidades de ajuste en la planificación y ejecución” (SIEMPRO y UNESCO, 1999) citado en (Virgilio, 2012).

Desde esta mirada teórica, se puede considerar que el monitoreo no es una práctica que se pueda tomar a la ligera durante la ejecución del proyecto; sino más bien es un proceso que debe ser planificado incluyendo los elementos necesarios como, el tipo de información a recolectar, la finalidad de monitorear, quienes serán los informantes y los responsables de llevar a cabo el monitoreo. Para efectos del proyecto a ejecutar, el monitoreo estará orientado a recolectar información durante el proceso de ejecución, teniendo en cuenta los procesos de capacitación, dificultades que se generen en el desarrollo, y los resultados que pudieran estarse generando de inmediato. Es necesario mencionar, que el monitoreo se realizó a lo largo de la ejecución del proyecto, tomando como base monitorear la lógica de la intervención, capacidad y competencia de los facilitadores, motivación e interés de los participantes en los talleres, cumplimiento de los tiempos programados y otras conductas asociadas como trato y respeto que son condiciones indispensables para la efectividad de la ejecución del proyecto.

En el monitoreo se describen tres momentos, de los cuales se debe elaborar informe, que sirva de base para tomar decisiones de reorientación de las acciones y de insumo para sistematizar la experiencia de intervención con los actores

involucrados, en este caso de manera directa, fue con el personal de cocina, médicos y enfermera que se llevo a cabo el monitoreo.

En la siguiente tabla se explica cómo se realizó el monitoreo, incluyendo los informes, la frecuencia, finalidad, contenido, métodos y el responsable.

Tabla 12. Plan de monitoreo

Informes	Frecuencia	Finalidad	Contenido	Métodos	Responsable
Información de la ejecución	Eventuales durante el desarrollo de procesos de capacitación	Apoyar la gestión cotidiana del proyecto	Calidad técnica de los talleres. Participación de los beneficiarios, registro de asistencia Cumplimiento de tiempos de los talleres	Diario de campo. Entrevista a los participantes. Observación directa	Coordinador y equipo del proyecto. Facilitadores
Informe de resultados	Mensuales	Valorar los avances en los resultados esperados y analizar los cambios en los planes de acción	Calidad de los resultados y cumplimiento de los indicadores	Entrevistas a profundidad cuestionarios	Equipo del proyecto
Informe de logro de los objetivos	Trimestrales	Valorar la pertinencia del proyecto y la lógica de intervención	Revisión del proyecto y coherencia con la intervención Valoración de posibles impactos	Entrevistas y análisis FODA. Minutas de reuniones	Coordinador del proyecto y coordinadora de la UOC.

La evaluación se puede considerar como una práctica muy estrechamente relacionada con el monitoreo, esta debe especificar los momentos y las etapas del proyecto en que debe ser aplicada. Una definición importante es la realizada por (Nirenberg, 2009) citado en (Virgilio, 2012), quien describe la evaluación como una actividad programada de reflexión sobre la acción, cuya realización puede proponerse para antes, durante o después de la implementación de un proyecto. La evaluación se lleva a cabo mediante procedimientos sistemáticos de recolección, análisis e interpretación de información a través de comparaciones respecto de

parámetros definidos. “Su finalidad es emitir juicios valorativos fundamentados y comunicables, sobre las actividades y los resultados.

La evaluación se desarrolló en los tres momentos descrito en el párrafo anterior, se toman en cuenta los tres tipos de evaluación; la de proceso que permitirá valorar el desarrollo de los talleres de capacitación de manera continua, identificando aquellos elementos que aparecen en la planificación de los talleres, está acorde o en sintonía con lo práctico que se observa en el trabajo con los beneficiarios del proyecto. Para lograr tal cometido, será necesario contrastar la planificación didáctica de cada uno de los talleres y la información emitida por algunos de los participantes seleccionados sobre los contenidos desarrollados. La evaluación de resultados, está pensada en reconocer los efectos relacionados directamente con la implementación de lo aprendido en los talleres, que se manifieste en la mejora de la preparación de una dieta diferenciada, cumplimiento de medidas de buenas prácticas de manufacturación de alimentos, la prescripción de dieta de forma adecuada y apegada a los lineamiento técnicos que rigen tal práctica; además se valoraran aquellos efectos asociados como; mejoramiento del trabajo en equipo, relaciones interpersonales positivos, trato digno a los usuarios a quienes se les entrega la dieta y motivación y compromiso por el cumplimiento de las tareas asignadas. Para conocer este tipo de resultados, se tomarán como base los instrumentos de recolección información: para el personal de cocina, guía de observación, lista de chequeo, instrumento de impacto de la capacitación, informe de supervisiones, hoja de requisición de dieta alimenticia, encuesta de satisfacción del usuario y entrevistas al mismo personal de cocina. Para el personal médico se revisa la prescripción de dietas en los expedientes clínicos, utilizando la matriz de recolección de información, la misma que se utilizó antes del proyecto. Será importante la identificación de informantes claves, de los tres grupos de beneficiarios; personal de cocina, enfermería y médico con quienes se trabajará la

evaluación con técnicas cualitativas como, entrevista a profundidad y sistematización de experiencia.

La evaluación de costo, que está relacionada, con el coste económico y la importancia de los resultados obtenidos, para ello se deben comparar el presupuesto asignado para el año 2016 con el año 2015, valorando si hubo una reducción con la implementación del proyecto; además valorando la reducción del costo económico de la ración de alimentos entregada al usuario. Por otra parte, la evaluación que se realizó antes de cada taller y luego al finalizar, es importante porque permite determinar la brecha existente antes de iniciar el proyecto y los logros obtenidos que se pueden adjudicar a las diferentes actividades implementadas; servirán también de insumo para identificar aquellos aspectos que son necesario reforzar con las temáticas específicas. en la siguiente tabla se detalla el proceso de evaluación a realizar

Tabla 13. Plan de evaluación por fases del proyecto

Fases de evaluación	Contenido de la evaluación	Finalidad	Momento de aplicación	Responsable
Evaluación inicial	Aceptación del proyecto a nivel institucional y por el área de alimentación y dieta.	Determinar la aceptación del proyecto y el compromiso para la ejecución del mismo Identificar obstáculos de algunas áreas o personas en específico	Durante la formulación y el diseño del proyecto	Coordinador y equipo del proyecto
Evaluación concurrente	Diseño de la estructura del proyecto Ejecución de las diferentes actividades	Valorar la lógica del diseño en la ejecución. Identificar si lo planificado está acorde con las acciones desarrolladas, en relación a contenidos, estrategias y relaciones interpersonales. Actitudes de los	En la etapa de ejecución del proyecto	Coordinador del proyecto

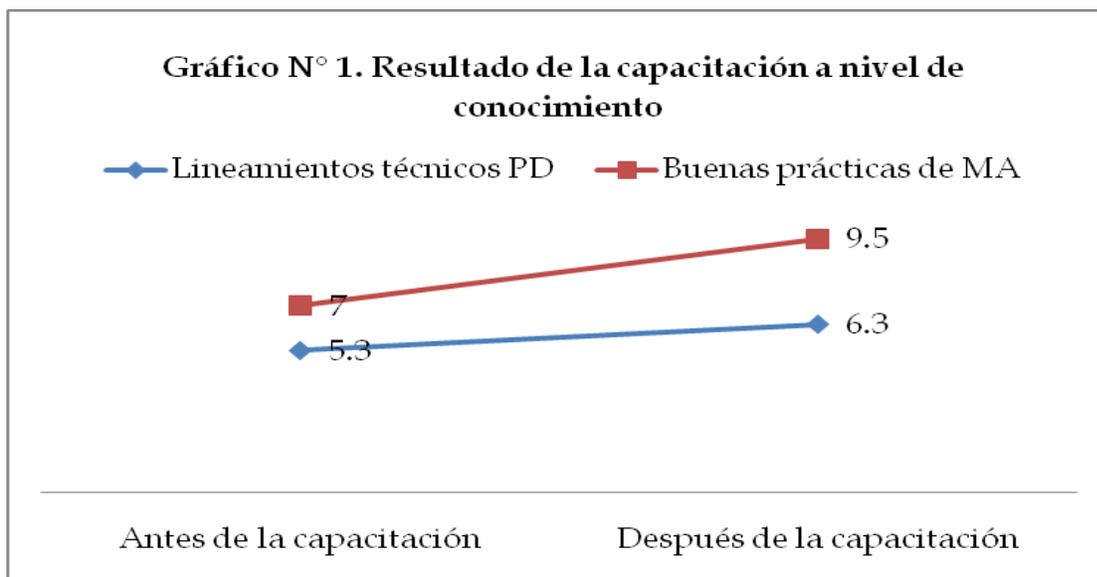
		beneficiarios. Complicidad con las actividades vivenciales propuestas		
Evaluación después del proyecto	Productos e impactos	<ul style="list-style-type: none"> -Valorar los impactos y determinar la disminución de las brechas en relación a conocimiento y adopción de nuevas competencias para prescribir y elaborar dietas diferenciadas -Resultados asociados a la disminución de días estancias hospitalarias. - reducción de costo económico de ración alimenticia -Determinar las lecciones aprendidas -hacer generalizaciones con base a resultados. - valorar la satisfacción del usuario externo 	<ul style="list-style-type: none"> - Durante la ejecución se evaluarán resultados parciales, durante cada trimestre. -Se realizara una evaluación general al finalizar el proyecto 	Coordinador y equipo del proyecto

4.8. Evaluación de resultados y realimentación

Entre los principales resultados que pueden ser atribuidos a las acciones de la ejecución del proyecto se pueden agrupar y describir de acuerdo a los objetivos planteados: personal de cocina capacitado en los lineamientos técnicos y de buenas prácticas de manufacturas de alimento, habilidades técnicas para la prescripción de dieta por el personal médico, dieta alimenticia elaborada y servida según prescripción médica, cumplimiento y aplicación de buenas prácticas de manufactura de alimento y luego se presentan los resultados relacionados con la satisfacción del usuario.

4.8.1. Impacto de la capacitación a nivel de conocimiento.

El proceso de capacitación es importante si se quiere implantar una práctica de mejora. En consecuencia, como el personal de cocina era los actores claves para la mejora y la sostenibilidad del proyecto; fue necesario desarrollar actividades de capacitación, que fueran medibles los efectos en el aprendizaje obtenido mediante el proceso. En la siguiente grafica se especifica los resultados obtenido en término de conocimientos teóricos.



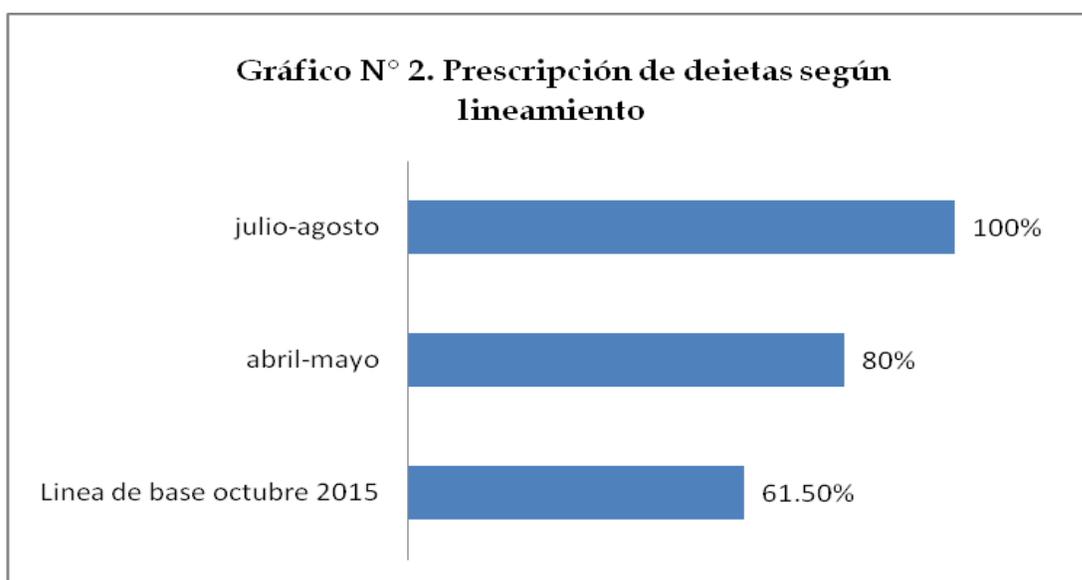
Fuente: resultados de pre- prueba y post-prueba.

Es oportuno mencionar que, el tener dominios teóricos sobre una temática determinada, es el punto de partida para iniciar un proceso de cambio. En este caso el nivel de aprovechamiento fue positivo, aunque en la capacitación de los lineamientos técnicos para la prescripción de dietas en hospitales el avance no es tan significativo, al observar que la nota promedio paso de un 5.3 antes de la capacitación a un 6.3 después de la capacitación. Este resultado ha permitido tomar decisiones de reforzar aún más a nivel teórico. En la capacitación de las buenas prácticas de manufacturación de alimentos, si se tuvo un aumento significativo en

el conocimiento de la temática desarrollada, se paso de una nota promedio de 7 a 9.5. Estos datos implican un logro muy positivo con la capacitación desarrollada.

4.8.2. Habilidades técnicas para la prescripción de dieta hospitalaria.

Este era uno de los resultados importantes a obtener, ya que las indicaciones antes del proyecto, se hacían poco apegada a los lineamientos, principalmente para el área de pediatría y medicina interna. Mediante la implementación de la mejor práctica se logro reducir la brecha, obteniendo resultados positivos que se visualizan en la siguiente gráfica.



Fuente: matriz de monitoreo de expedientes clínicos. Aplicado, 2015-2016

Los resultados para este objetivo han sido interesantes, ya que se ha obtenido un crecimiento positivo, considerando como un elemento importante la prescripción de una dieta, según lo establecido en los lineamientos técnicos. Este impacto se puede relacionar con las acciones de la implantación del proyecto, que mediante la realización del proceso de capacitación y el monitoreo constante ha permitido que los profesionales de la medicina se apeguen a los lineamientos. Se tuvo una reducción de la brecha identificada del 61.5% encontrado en la línea de base al

100%, aumento que ha significado casi el 40% según la muestra de expedientes tomada durante el monitoreo.

4.8.3 Cumplimiento de preparación y entrega de dieta según prescripción médica.

El nivel de cumplimiento de la dieta según ha sido indicado por el médico, es una de las principales metas de apuesta del proyecto, pues esta condición permite un beneficio directo para el usuario que se encuentra hospitalizado. No ha resultado fácil lograr este objetivo, ha requerido de un esfuerzo continuo y sostenido, observándose los cambios de manera progresiva en el tiempo tal como se reflejan los resultados en la siguiente tabla.

Tabla N° 13. Cumplimiento de dieta diferenciada en el área de medicina y cirugía

Tipo de Dietas	Enero- marzo			Abril-junio			Julio-septiembre		
	Solicitada		Cumplida	Solicitada		Cumplida	Solicitada		Cumplida
	N	N	%	N	N	%	N°	N°	%
Normal	1, 545	1545	100	1, 846	1846	100	1788	1788	100
Blanda	339	189	55.75	986	922	93.5	542	538	99.3
Hiposódica	465	331	71.18	949	875	92.20	647	612	94.5
Líquidos Claros	372	189	50.80	236	221	93.6	82	82	100
Baja en carbohidratos	1,075	782	72.74	1549	1459	94.18	1749	1704	97.4
Líquido completo							123	119	96.7
hipocalórica							6	6	100
hipercalórica							19	19	100
Alta en carbohidrato							2	2	100
Macanicamente suave							9	9	100
Baja en grasa							23	20	86.7
Alta en grasa							6	6	100

Fuente: instrumento de requisición de dieta diaria, año 2016.

Se observa en la tabla que el primer trimestre del año puede ser considerado como la evaluación de la línea de base, donde los porcentajes de cumplimiento de la dieta diferenciada oscilan entre el 50% al 72%, estos datos son relevantes, bajo la condición que la dieta que se les brindaba a los usuarios era de tipo genérica, no solo porque el personal de cocina no tuviera la habilidad de preparar la dieta diferenciada, si no por que los médicos no estaban indicando una dieta según lineamientos. Para el segundo trimestre la evaluación del cumplimiento arrojó un resultado más favorable, el porcentaje de cumplimiento rondó casi en un 95%, convirtiéndose en un logro significativo para el bienestar de los usuarios. Se aprecia en la misma tabla, como para la tercera evaluación aparecen detallado los diferentes tipos de dietas más específicos, y fue hasta este trimestre que se logra un apego casi total a lo establecido en los lineamientos técnicos para prescripción de dietas en hospitales. Obteniendo porcentajes del 100% para muchos tipos de dietas. Este salto de calidad en el cumplimiento de dieta diferenciada, es atribuible al impacto del proceso de capacitación y al monitoreo constante del equipo de calidad, quienes han estado pendiente realizando las observaciones necesarias para que se perfeccione el trabajo en beneficio del usuario hospitalizado.

En relación con la dieta que se sirve en el área de obstetricia y ginecología, es menos complejas, porque la mayoría solicitada es la de tipo normal, y muy esporádicamente se solicita una dieta blanda, los otros tipos de dieta son menos usuales, pero también ameritan el cuidado necesario para servirla según prescripción médica. En la siguiente tabla N° 14 se detallan los resultados.

Tabla N° 14. Cumplimiento de dieta diferenciada en el área de Gineco-obstetricia

Tipo de Dietas	Enero- marzo			Abril-junio			Julio-septiembre		
	Solicitada		Cumplida	Solicitada		Cumplida	Solicitada		Cumplida
	N	N	%	N	N	%	N°	N°	%
Normal	1,195	1195	100	1,652	1652	100	1818	1818	100
Blanda	349	270	77.4	524	485	92.5	315	304	96.5
Hiposódica	28	24	85.7	40	35	87.5	37	35	94.6
Liquidos Claros	36	24	66.7	50	43	86	48	47	97.9
Baja en carbohidratos	32	23	71.8	32	29	90.6	8	8	100
Líquido completo	6	4	66.7	44	41	93.2	11	11	100
hipocalórica									
hipercalórica									
Alta en carbohidrato									
Macanicamente suave	2	2	100	4	3	75	18	17	94.4
Baja em grasa									
Alta em grasa									

Fuente: instrumento de requisición de dieta diaria, año 2016.

Se aprecia en la tabla el incremento en el porcentaje de cumplimiento en la preparación y entrega de la dieta alimenticio, comparando la línea de base que fue de enero-abril, luego con el segundo y tercer trimestre, los avances son significativos, llegando en la última evaluación a porcentajes de 95% hacia el 100% de cumplimiento.

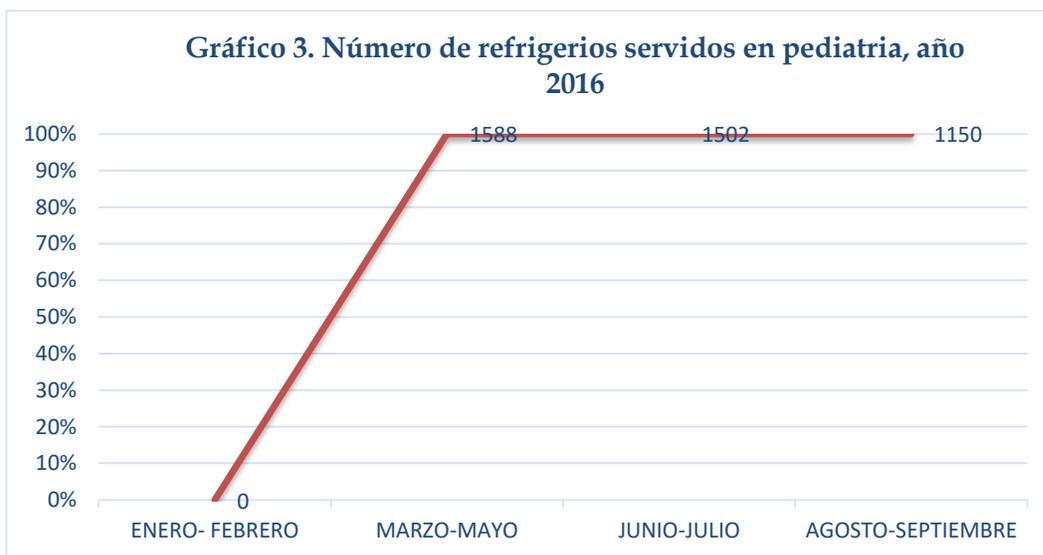
Tabla N° 15. Cumplimiento de dieta diferenciada en el área de Pediatría

Tipo de Dietas	Enero- marzo			Abril-junio			Julio-septiembre		
	Solicitada	Cumplida		Solicita da	Cumplida		Solicitada	Cumplida	
	N	N	%	N	N	%	N°	N°	%
LME	276	276	100	765	765	100	494	494	100
LMA 1 (6 A 8 meses)	324	0	0	514	514	100	516	516	100
LMA2 (9 a 11 meses)	50	0	0	139	70	50	277	277	100
LMA3 (1 a 2 años)	199	0	0	523	435	83	813	813	100
Regimen C1(1 a 2 años)	0	0	0	281	281	100	175	175	100
Regimen B1(1 a 2 años)	32	0	0	141	125	89	82	78	95.1
Regimen C2(2a 4 años)	270	270	100	634	634	100	338	338	100
Regimen B2(2 a 4 años)	193	0	0	548	518	94	163	158	96.9
Regimen C5(5 a 9 años)	234	234	100	439	439	100	642	642	100

Fuente: instrumento de requisición de dieta diaria, año 2016.

En la tabla anterior se observa, el no cumplimiento de ciertos tipos de dietas, aparecen con 0; esta realidad se explica de la siguiente manera, en la primera evaluación que se convierte en la línea de base, no se les servía alimentos a los niños menores de dos años, se le entregaba a la madre, quienes comían por el niño no se servía ningún refrigerio para los niños. Con la implantación de la mejor práctica, se normalizo la dieta especial para los niños, como purés, sopas, papillas licuados y los refrigerios según edad, tal como aparecen plasmado en los lineamientos técnicos, y se observa el incremento del porcentaje de cumplimiento en la última evaluación realizada en julio-septiembre.

Se quiere destacar en el siguiente grafico el número de refrigerios servidos a los niños y niñas en este hospital, estos se sirven en la mañana y en la tarde.

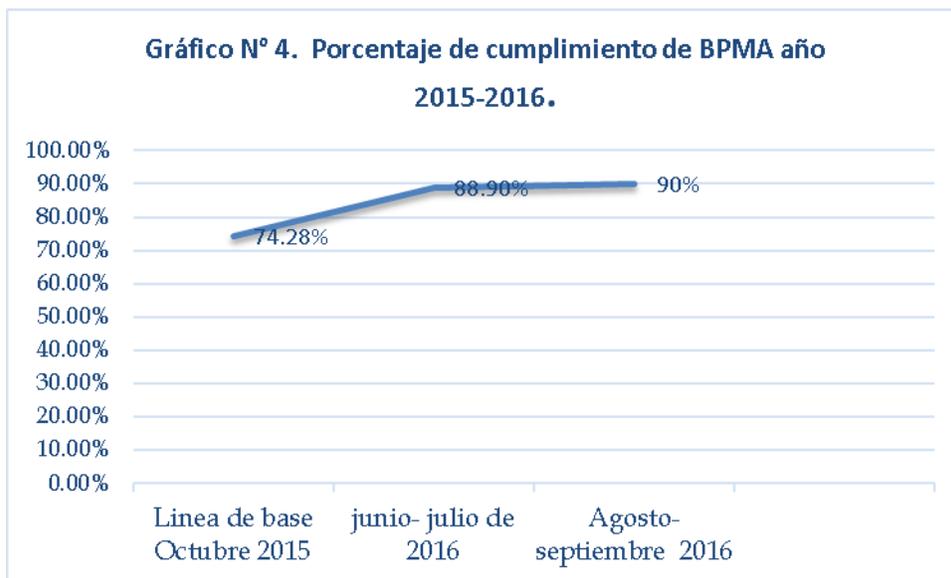


Fuente: instrumento de requisición de refrigerio diaria, año 2016.

Se aprecia en el gráfico el incremento de pasar de 0 hasta los más de 4,000 refrigerios servidos en un periodo de tiempo de seis meses.

4.8.4 Cumplimiento de buenas prácticas de manufacturación de alimento.

Se sabe que los aspectos buenas prácticas de manufactura de alimentos, son condiciones que inciden de forma trascendental, en la salud de quienes consumen los alimentos preparados, en este sentido el estricto cumplimiento o apego a las normativas de dichas prácticas, permite un nivel de seguridad y confianza en quienes preparan los alimentos y quienes lo consumen; principalmente si se tiene en cuenta que la elaboración y preparación de dieta en hospitales está dirigida a población vulnerables, usuarios que se encuentran ingresado por la recuperación frente a una enfermedad u otras asociadas. Es interesante observar los resultados del proyecto en este objetivo, información que se refleja en el siguiente gráfico.



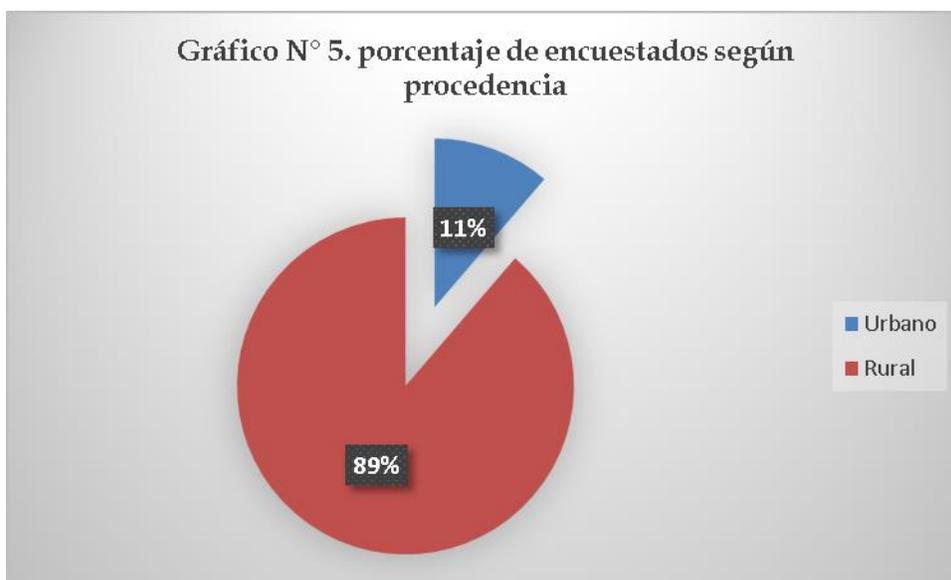
Fuente: Lista de chequeo de buenas prácticas de manipulación de alimentos año 2015-2016

En la gráfica se observa un apego creciente en el nivel de cumplimiento a las normativas de buenas prácticas de manufacturación de alimentos. Se logro reducir la brecha existente casi en un porcentaje del 16% en comparación con la primera evaluación realizada antes de ser implementada la práctica de mejora y la última evaluación realizada. Este tipo de resultado tiene un impacto positivo, para el desarrollo del personal de alimentación y dieta, pero también para la seguridad de los alimentos que consumen los usuarios en el hospital. Aunque todavía queda trabajo por realizar hasta lograr el 100% que es la meta a alcanzar.

4.8.5. Niveles de satisfacción de los usuarios en relación a la dieta recibida.

Medir la satisfacción del usuario sobre un bien recibido, no resulta nada fácil, pues todo esfuerzo por captar dicha percepción se convierte en algo subjetivo. Para efecto del proyecto se tomo a bien realizar una encuesta con 10 ítems que intenta conocer los niveles de satisfacción del usuario, según la alimentación que reciben en esta institución hospitalaria. Antes de presentar los resultados concretos, se

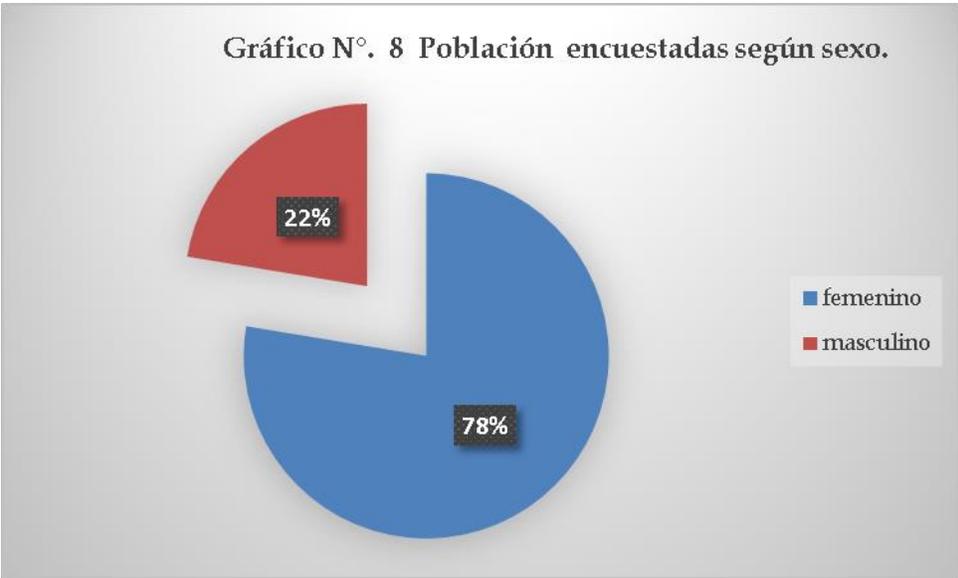
describen algunos datos que caracterizan a la población encuestadas. La muestra tomada representa el 5% del número de egresos por mes. En este sentido, se pasaron un total 275 encuestas, de las cuales se hizo un proceso de descarte de aquellas encuestas que tenían algunas anomalías en el llenado, quedando un total de 250 encuestas validas, que corresponden a cinco cohortes realizado cada dos meses.



Fuente: encuesta de satisfacción al usuario, año 2015-2016

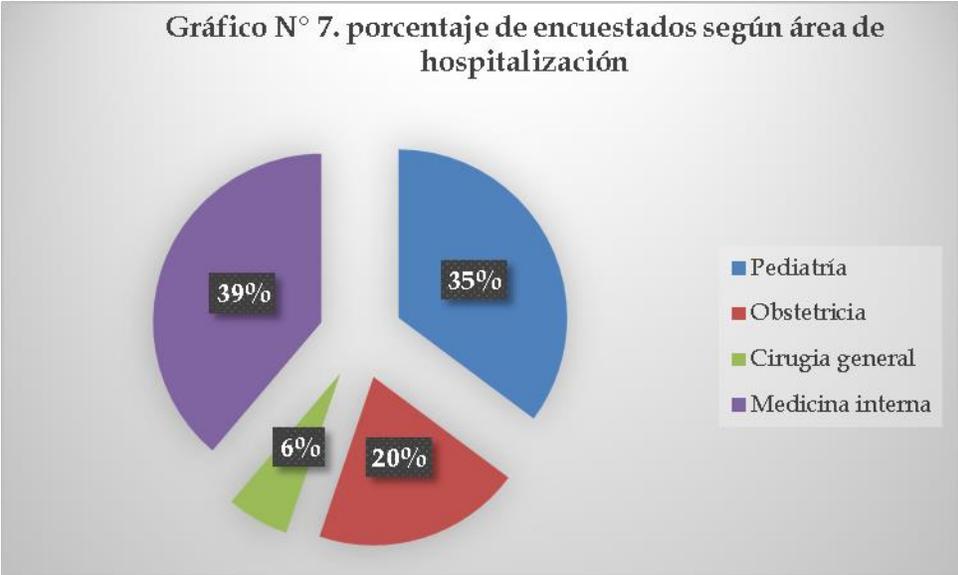
Si se observa en la gráfica, la mayoría de usuarios frecuentes del hospital, proceden del área rural casi en un porcentaje del 90% y solo un 11% que provienen del área urbana.

Otro dato relevante de la población encuestadas, es que en un su mayoría los usuarios hospitalizados son del sexo femenino tal y como aparece reflejado en la grafica N° 8.



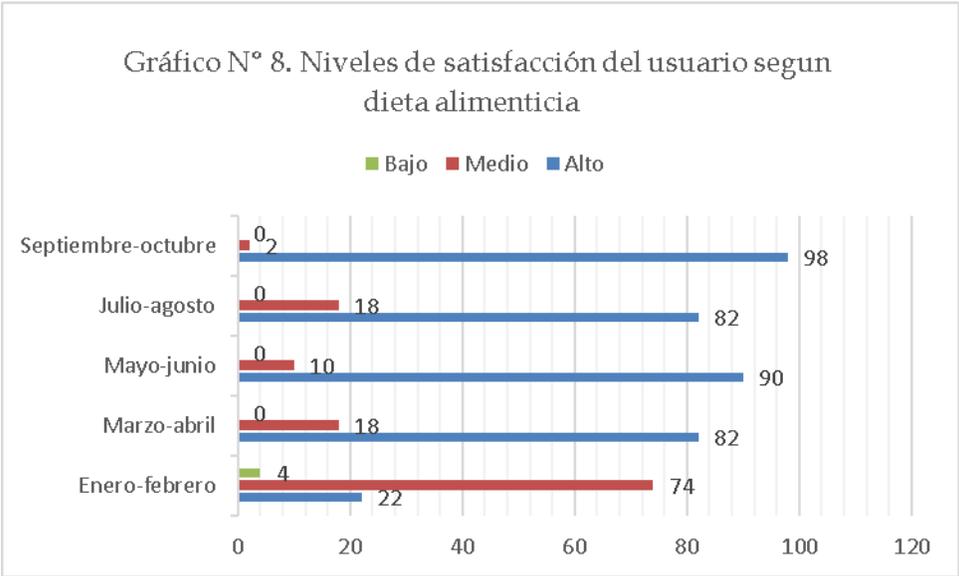
Fuente: encuesta de satisfacción al usuario, año 2015-2016

En relación al porcentaje de encuestados según área de hospitalización se tiene que, en su mayoría fueron de medicina interna y de pediatría, considerando que son los usuarios que mas tiempo permanecen hospitalizados y quienes tienen regimenes de dieta diferenciado por su condición de patología y la etapa de vida en la que se encuentran. En las otras áreas la dieta mas frecuente es la normal. Estos datos se ven reflejados en el gráfico número 9.



Fuente: encuesta de satisfacción al usuario, año 2015-2016

Los datos reflejan que hay incremento en los niveles de satisfacción en relación a la dieta entregada, pues se observa que en la primera evaluación realizada se obtuvo un mayor número de usuarios que se ubicaban en el nivel de satisfacción medio; porcentaje que incremento en la segunda evaluación realizada en marzo y abril donde el 82% se encontraban en el nivel alto de satisfacción y ninguno ubicado en el nivel bajo, la tercera evaluación mantuvo la tendencia de continuar incrementando, tuvo una ligera disminución en la cuarta evaluación y luego en la última evaluación realizada que casi se alcanza el 100% de los encuestado por ubicarse en la categoría de nivel alto. Estos resultados hacen suponer que, los esfuerzos realizados con el proyecto en ejecución han tenido un impacto positivo en la percepción de los usuarios hospitalizados, tal y como aparece reflejado en la siguiente gráfica.



Fuente: encuesta de satisfacción al usuario, año 2016

4.9. Sistematización de los procesos de mejora

El proceso de sistematización de la práctica de mejora se inicia, con la identificación del problema, la priorización de los problemas, luego la realización del diagnóstico, que permitió conocer de primer orden la situación inicial, para lograr este primer paso fue necesario, diseñar instrumentos que permitieran recolectar información fidedigna y suficiente con la intencionalidad de tener un panorama general de la realidad del servicio de alimentación y dieta, reconociendo cuales eran las brechas y las oportunidades de mejoras para poder disminuirlas o cerrarlas en algunos casos. Una vez teniendo completo el diagnostico, se procedió con la formulación del proyecto, destacando los principales objetivos, la relación de las actividades con los indicadores, plazos de ejecución y responsables. El disponer de un plan de intervención a seguir facilito el proceso, pues resultaba fácil detectar estancamientos o incumplimiento de las actividades programadas. La ejecución del plan, que constituía el inicio de la implantación de la mejor práctica. Cuando se tenía a las personas capacitadas y los insumos para normalizar ciertos tipos de prácticas, se comenzó a monitorear los niveles de cumplimiento. Se recolecto información nuevamente con la intencionalidad de medir los resultados producidos con la ejecución del proyecto. Actualmente está normado para el departamento de alimentación y dietas el preparar dietas según lo establecido en los lineamientos técnicos de prescripción de dietas en hospitales.

El sistematizar este proceso, se constituye en un esfuerzo por destacar lo aprendido durante el tiempo que se ha estado desarrollando el proyecto, y que debe generalizarse a otros departamentos la metodología utilizada y la motivación por crear verdaderos proyectos que tengan un impacto positivo en mejora de la calidad de atención, siendo necesario divulgar al interior y fuera de la institución los resultados obtenidos durante este tiempo.

4.10. Estandarización de experiencias exitosas

La estandarización de una buena práctica es el resultado final de haber identificado los pasos y mecanismos para alcanzar la excelencia en un proceso determinado. En este sentido, con la implementación de la mejor practica en el departamento de alimentación y dieta. Se ha tenido que estandarizar, desde la prescripción de la dieta, que tienen que ser de acuerdo a los lineamientos técnicos, tomando en cuenta la condición clínica del usuario, prescribiendo alimentos que favorezcan su recuperación y tomando en cuenta la edad del usuario y la etapa de vida.

En relación a la preparación de la dieta alimenticia, estas deben tener la información previa, conocer al tipo de dieta pertenece, las porciones que se deben cocinar, los ingredientes necesarios, disponibilidad de recursos y el procedimiento a realizar hasta el montaje del plato. Todo este proceso estará normado para el personal de cocina; para lo cual se les ha entregado un manualito construido por la institución donde se ha resumido los alimentos permitidos y no permitidos para cada tipo de dieta, este material servirá de insumo para consulta frecuente cuando así lo requiera cada recurso humano. Además, será necesario la preparación de dietas exactas de acuerdo al número de usuarios, para evitar sobreproducción y desperdicios.

Esta normado que se deben de utilizar todos instrumentos creados para fines de la implantación de la mejor práctica, y solo pueden ser sustituidos o modificados parcialmente con la autorización del equipo de calidad y la alta dirección. Estará pendiente de la entrega de la dieta al usuario la auxiliar de enfermera de cada servicio de hospitalización, verificando el estricto cumplimiento de la entrega de la dieta según se ha solicitado en la requisición. Se harán evaluaciones y monitoreo periódicos, información que servirá de referencia y de análisis para tomar decisiones siempre en beneficio de la mejora continua. Las reuniones de análisis podrán realizarse cada mes, con los involucrados directos del servicio, administración, equipo de calidad y la alta dirección. La socialización del proyecto, constituye en un elemento que contribuye a la estandarización del

mismo, al conocerlo la mayoría de empleados, permitirá estar vigilante y garante del proceso de mejora sea permanente en el tiempo

5. Principios fundamentales para la mejor práctica.

A. Liderazgo y compromiso de la alta dirección para promover la mejor práctica.

1.1 Cómo la alta dirección promueve la implementación de mejores prácticas.

Desde que se ha asumido el reto de la mejora continua de la calidad en los servicios de atención en salud, con un enfoque de derecho y de integralidad, la alta dirección está comprometida en la implantación de prácticas de mejora. Para lograr tal cometido, ha sido necesario fundamentarse en lineamientos y políticas establecidas por el Ministerio de Salud, como la Política Nacional de Salud Construyendo la Esperanza 2009-2014, estrategia de la mejora continua de la calidad entre otros. La Conformación y fortalecimiento de la coordinación de la Unidad Organizativa de la Calidad en el año 2015, fue una estrategia importante para proyectarse a la identificación de oportunidades de mejora, mediante la reactivación de los diferentes comités como: lactancia materna, ética e investigación, actividad quirúrgica, comité de salud y seguridad ocupacional, entre otros. Con la integración de los comités ha permitido el contacto directo, surgiendo con ello la necesidad de reuniones periódicas para el análisis de los problemas y establecer las principales líneas de intervención.

Por otra parte, la apertura y flexibilidad de la alta dirección para apoyar y dar seguimiento a los proyectos en ejecución, hace que contribuya y estimule a promover la identificación de nuevas

oportunidades de mejora. En el caso para el proyecto en mención, ha sido de mucha trascendencia el acompañamiento que ha tenido la alta dirección, mediante la búsqueda y gestión de los recursos humanos; otorgando el tiempo necesario para hacer efectivas las actividades propuestas con la intencionalidad de alcanzar los resultados esperados del proyecto. El buscar oportunidades de capacitación para los recursos humanos, profesionalizar y sistematizar experiencias son insumos, que la alta dirección utiliza como estrategias para que los personales se sienta motivado por hacer uso de metodologías de proyectos, diseñando y ejecutando prácticas de mejora al interior de los servicios hospitalarios.

1.2 Involucramiento de la alta dirección durante la creación e implantación de la mejor práctica

El involucramiento de la alta dirección, es un factor clave en el desarrollo de todo tipo de proyecto, principalmente los proyectos de mejora que involucra varias áreas de la institución que están relacionadas para obtener los resultados esperados. En este sentido, fue un elemento prioritario, que la alta dirección estuviera de forma activa en la sensibilización del personal bajo su responsabilidad para reconocer la importancia y la viabilidad de la ejecución del proyecto.

Entre los principales momentos que ha tenido la participación constante de la dirección se pueden mencionar: la conformación del equipo de mejora para la realización del diagnóstico inicial del departamento de alimentación y dieta , la elaboración de instrumentos de identificación de necesidades de capacitación del personal, las facilidades para gestionar los especialistas o capacitadores quienes estaban al frente de los procesos de capacitación, el otorgamiento del

tiempo necesario para que el personal de alimentación y dieta, enfermeras y médicos pudieran asistir a las actividades de formación tal como estaban programados.

La búsqueda de aliados de otras áreas para que se involucren en el proyecto, principalmente en la aplicación de encuestas de satisfacción al usuario, lista de chequeo y guías de observación; fue necesario que se autorizara a recursos de la Oficina por el Derecho a la Salud, Educación para la Salud y enfermera responsable del comité de Infecciones Asociadas a la Atención Sanitaria. Para lograr el objetivo, y salir adelante con el proyecto, la dirección se planteó la necesidad de reasignar nuevas funciones a los recursos antes mencionados.

La dirección también ha estado muy involucrada en las reuniones de avances del proyecto, de entregas de resultados de monitoreo evaluaciones inicial e intermedia, revisando la información proporcionada por el equipo de mejora y sugiriendo algunas alternativas. La toma de decisiones, frente algunos hallazgos encontrados, ha facilitado el apoyo directo y constante de la dirección. Por otro lado, el hecho que estuviera en reuniones constantes con el personal del área de cocina, médicos y de enfermería ha facilitado que los recursos involucrados se hallan sentido comprometidos y motivados para trabajar en beneficio del proyecto.

1.3 Como la alta dirección empodera a los miembros del equipo para el desarrollo de la mejor practica

El proceso de empoderamiento del ser humano, no siempre resulta fácil, pues no solo requiere dotarlos de habilidades y competencias para la ejecución de una determinada tarea, sino que requiere también de

mecanismos motivacionales, capaces de influir en el cambio de actitud y adoptar un compromiso para involucrarse en las actividades de manera consciente, creativa y orientada al logro de los objetivos. Desde esta perspectiva, la dirección fue capaz de identificar aquellos recursos que tienen liderazgo en sus respectivas áreas y desempeño de las funciones (jefe de enfermera, jefe de cocina, coordinadora de la UOC) para que movilizaran a los demás recursos en el involucramiento de las actividades propuestas. El otorgar facilidades para que pudieran asistir a capacitaciones programadas en metodología de formulación y ejecución de proyectos de parte del MINSAL, fue una práctica positiva; pues permitió, reflexionar sobre elementos teóricos y metodológicos, conocer la relevancia de experiencias exitosas de otras instituciones, quienes en este tipo de espacios comparten conocimiento y estrategias utilizadas que han demostrado ser efectivas. La capacitación constante para los recursos involucrados en la ejecución del proyecto ha sido una estrategia indispensable para generar cambios de actitudes y fortalecimiento de habilidades técnicas. el proceso de capacitación, solo es el punto de partida del empoderamiento de los equipos. Requiriendo, además, de un monitoreo constante y de estimulación de las acciones positivas, como mecanismos que sirvan de motivación para estar centrados y comprometidos con la ejecución del proyecto.

La confianza y credibilidad que la dirección tiene en el equipo de mejora, es un elemento a favor para el empoderamiento, pues permitía tomar decisiones, que se sabían iban estar respaldadas por la dirección. Cuando hay confianza en el personal, permite el desarrollo y cohesión de los equipos, ya que centra la energía y esfuerzo en el desempeño de las funciones de acuerdo a lo esperado.

1.4 Como la alta dirección da a conocer la mejor práctica a toda la organización

El punto de partida de conocer la mejor práctica, se relaciona con las reuniones que se realizan con jefes de departamentos, quienes tienen la obligación de socializar la información con el personal bajo su responsabilidad. También los proyectos de mejora en ejecución se convierten en punto de agenda en las reuniones en RIISS, principalmente, porque son los recursos del primer nivel de atención quienes tienen que orientar a los usuarios sobre la práctica de mejora que se desarrolla en la institución, tomando en cuenta aspectos específicos como: todo usuario hospitalizado en cualquiera de los servicios de la institución, deben de comer solo alimentos otorgados por el departamento de alimentación y dieta, se les hará entrega de una dieta diferenciada según la condición clínica de cada usuario, solo se les entrega alimento a la madre que están lactando o aquellas madres que tienen ingresado a su hijo/a hasta los dos años de edad.

En asamblea de empleados se menciona, los proyectos que están en ejecución y se pide la colaboración para facilitar los procesos de mejora como una herramienta de eficientizar el trabajo en la institución, necesitando el involucramiento de todos, mediante un proceso de interdependencia positiva.

Se programaron también actividades de socialización con recursos claves de las diferentes áreas (jefes de departamento y de unidades) con la intencionalidad de dar a conocer los avances y resultados del proyecto.

B. Apoyo para el desarrollo e implantación de la mejor práctica

2.1. Apoyo de la alta dirección en el desarrollo y la implantación de la mejor práctica

El apoyo que facilitó el desarrollo de la mejor practica estuvo determinado por la continuidad y seguimiento que se tenía desde la dirección para conocer de los avances y obstáculos identificados durante los monitoreo y evaluaciones realizadas. La búsqueda de otras alternativas que no estaban consideradas, pero que fueron necesarias implementar para que pudiera continuar la práctica de mejora. Ejemplo de lo manifestado, fue el caso que la especialista en nutrición con quien se había programado la capacitación para el personal, se retiró, dejando inconcluso el proceso de capacitación, para ello fue necesario que desde la dirección se gestionara la búsqueda de un nuevo facilitador/a, a quien se tuvo que autorizar el pago de honorarios económicos por servicios de capacitación profesional.

Otra forma de brindar apoyo, estuvo orientada en la comunicación constante que mantenía la dirección con autoridades del MINSAL, a nivel central, quienes le daban pautas claves a tomar en cuenta, de hecho, se tuvo una visita de parte de nutricionistas del MINSAL, quienes realizaron las respectivas observaciones al proyecto, tanto en lo planeado teóricamente como en la práctica , ya que realizaron inspección de campo en el área de cocina y en la entrega de los alimentos a los usuarios en los servicios de hospitalización.

El ser intermediario entre las autoridades del nivel central del MINSAL y el equipo de mejora, fue un papel fundamental de la dirección, pues hacia retomar el compromiso y la motivación por la continuidad en el desarrollo del proyecto, rescatando y enfatizando que era una práctica que estaba orientada en beneficio de la recuperación y satisfacción de las expectativas

de los usuarios hospitalizados. El facilitar la participación del personal en los procesos de capacitación se convierten en mecanismos que contribuyen al desarrollo de los profesionales y la gestión del conocimiento que fortalece el accionar de la institución.

2.2. Medios que utiliza la alta dirección para dar soporte a la mejor práctica

Para contribuir a la implantación de la propuesta de mejora, fue necesario incluirlo en el Plan Operativo Anual (POA) de la Unidad Organizativa de la Calidad, como un mecanismo de asegurarse que se le diera la debida importancia de la implantación de la mejor práctica. La continuidad de aplicar instrumentos de medición de buenas prácticas de manufactura de alimentos, satisfacción del usuario externo. La evaluación constante permite dar soporte a la continuidad del proyecto.

Por otra parte, la asignación de los recursos humanos para la ejecución de las actividades programadas, contribuyó de gran manera a que el personal se sintiera identificado y vinculado con la mejor práctica. El haber socializado el proyecto, permitió que las diferentes jefaturas brindaran el espacio y la información necesaria cuando así se requería. Se crearon guía con las principales dietas a prescribir según las patologías más frecuentes, explicando los alimentos permitidos y no permitidos estos estaban colocados en lugares visibles en los servicios de hospitalización; luego los hallazgos de los monitores se daban a conocer en reuniones de médicos, como insumo de motivar al personal y que continuaran haciéndolo de manera continua.

Se entregó un ejemplar de los lineamientos técnicos para prescripción de dietas en hospitales para cada persona que forma parte del departamento de

alimentación y dieta, hay un ejemplar en cada servicio de hospitalización para que sea de consulta cuando así se requiera.

2.3. Cómo la alta dirección genero compromiso de las jefaturas y líderes del equipo para el desarrollo de la mejor practica

La alta dirección, considero el proyecto como una práctica que es inherente a las funciones del personal; pero se le dio el énfasis necesario, considerando que es una práctica de mejora que involucra a todos, que está en juego la satisfacción del usuario, la recuperación del mismo, las prácticas de higiene y de buena manufactura de alimentos, la efectividad del funcionamiento institucional y la complementariedad de los equipos de trabajo cuando se tienen que realizar actividades de manera interdependiente. Otra forma de generar compromiso cuando se giró orden para que la evaluación del desempeño estuviera condicionada con el nivel de compromiso e implicación en las actividades de ejecución del proyecto. La búsqueda constante de información de los avances u obstáculos encontrados, hacía que los jefes de departamento se vieran comprometidos a cumplir con las tareas asignadas; pues de lo contrario habían llamados de atención en las reuniones programadas.

C. Reconocimiento a equipos de trabajo.

3.1 Políticas e incentivos para promover el desarrollo de los equipos de mejora.

La alta dirección fomenta el trabajo en equipo e involucramiento para ello aparte del sistema de incentivos que establece el MINSAL, con el escalafón que está asociado con la evaluación del desempeño, uniforme para el personal administrativo y de enfermería. Dispone también de una política que es propia de la institución la cual se denominada "Política de

Incentivos y Reconocimiento a la Excelencia del Recurso Humano”, con la intencionalidad de asegurar que al personal se le reconozcan los logros positivos y se motiven a trabajar en beneficio de los usuarios. En este sentido, en la estrategia 2 de la referida política, menciona la estandarización de los indicadores de resultados de excelencia, y precisamente en la línea de acción de la estrategia antes mencionada propone: reconocer el involucramiento del personal en proyectos de mejora y obtengan resultados destacados en beneficio de los usuarios y el fomento del trabajo en equipo.

El reconocimiento se materializa en hacer efectiva lo propuesto en dicha política, emitiendo mensajes de felicitación a través de memorándum, reconocimientos en público durante la Asamblea General de Empleados. Por otra parte, se aprovecha las evaluaciones de desempeño para reconocer el esfuerzo de los miembros que conforman el equipo de calidad y en las reuniones de jefes de departamento se agradece al personal por los logros obtenidos en el desempeño de sus funciones.

3.2 Reconocimiento a los miembros de los equipos de mejora según los resultados encontrados

El reconocimiento es una práctica constante en la institución; pues mediante la implementación de la política de reconocimiento e incentivos en la estrategia numero 3 menciona: Programa de reconocimiento y estímulo; en la línea de acción propone, la entrega de reconocimiento estratégica y oportunamente cuando el personal realiza un excelente trabajo, el cual consiste en: cartas de felicitación, memorándum y diplomas. Las dos primeras se hacen efectivas de manera contingente a los logros obtenidos y los diplomas se entregan en dos fechas específicas, celebración del día del

hospital (24 de octubre) y en la asamblea general de empleados en el mes de diciembre.

La implantación de la mejor practica ha tenido varios reconocimientos, de manera verbal les han dejado felicitaciones, cuando han venido en visita oficial del Comité de Calidad de nivel central del MINSAL en conjunto con la encargada de la Oficina de ES Calidad, en el mes de junio del año 2015 y luego en el mes de abril, nos visitaron las encargadas de nutrición del MINSAL, quienes expresaban que les parecía muy interesante el proyecto y que estaba vinculado a la atención de integralidad y de calidad en la atención al usuario.

D. Identificación y selección de la oportunidad de mejora.

4.1 Identificación de la oportunidad de mejora

El método utilizado para la solución del problema, tiene un punto de partida con la identificación del problema, para tal cometido, se utilizó la técnica de lluvia de ideas, principalmente porque es una técnica sencilla y de fácil comprensión; pero antes de aplicarla, fue necesario realizar una revisión teórica que permitiera un buen funcionamiento y con ello evitar subjetividad, permitiendo obtener información suficiente y de calidad contribuyendo a identificar los principales problemas que aquejan a la institución hospitalaria.

Para la realización de la técnica de manera sistemática, un miembro del equipo de calidad explico de manera sencilla en que consiste la técnica y los criterios establecidos para participar; condiciones que contribuyen a la efectividad y el logro de los objetivos planteados. Además del moderador, había otra persona que anotaba cada uno de los aportes emitidos. Una vez agotada la participación se procedió a depurar aquellas ideas repetidas,

diferenciando aquellas que no se consideran problemas y estructurando una lista definitiva de los problemas identificados. En total quedo un listado de 11 problemas, que aparecen en la sección de anexos del proyecto.

4.2 Parámetros utilizados para la priorización de problemas

La priorización de problemas, es un elemento fundamental en la selección del problema a intervenir y es necesario utilizar una metodología confiable y científica; por lo tanto, se tomó en cuenta en primer lugar, la herramienta a utilizar la cual debía estar fundamentada en evidencia científica, demostrando la efectividad de la misma, además se debía tener del dominio teórico y metodológico necesario para el logro de los resultados específicos. En segundo lugar, otro parámetro a tomar en cuenta fue, la viabilidad y factibilidad de la implantación de la mejor práctica. Estos elementos fueron punto de análisis y de discusión con el equipo de mejora, pues la interpretación de la información obtenida mediante la herramienta metodológica genera un insumo importante sobre la problemática identificada, pero fue determinante también, el analizar la realidad que tiene la institución y la disposición para hacer efectiva la práctica de mejora.

4.3 Herramientas de calidad utilizadas para priorización de problemas

La herramienta que se utilizo para llevar a cabo la priorización del problema, se tomo a bien trabajar con la matriz de Hanlon, como instrumento para determinar el orden de importancia de cada problema. Este método está basado en tres componentes principales: importancia relativa, factibilidad de la intervención y efectividad prevista de la intervención. La valoración consiste en asignar un valor numérico a cada factor, luego se hace la sumatoria obteniendo un puntaje final que permite jerarquizar el listado de problemas identificados.

Para la aplicación de esta técnica, fue necesario la facilitación de un miembro del equipo de calidad, quien, de manera sencilla, explico el procedimiento, sensibilizando para ser lo más objetivo posible; asegurándose previamente el dominio y comprensión del método que se estaba trabajando. Del ejercicio realizado, se priorizaron cuatro problemas (ver anexo), los que obtuvieron mayor puntaje de acuerdo al orden siguiente: Inadecuada dieta alimenticia para el usuario hospitalizado, deficiente limpieza del hospital, inadecuado proceso del lavado de ropa, debilitado control de la visita a los usuarios hospitalizados.

Se opto por la intervención del problema de la inadecuada dieta alimenticia del usuario hospitalizado por tres razones fundamentales: a) fue el problema con mayor puntaje durante el análisis realizado, b) era un problema identificado por los usuarios, quienes se lo habían manifestado a las enfermeras jefes de servicio y c) se considero un problema con factibilidad de intervención; pues solo requería de un análisis preciso de las causas que lo estaban ocasionando y además el impacto positivo que podía generar en la satisfacción del usuario y en la recuperación de la salud.

4.4 Estándares de calidad relacionados con la mejor práctica

La implantación de la mejor practica no se relaciona con ninguno de los estándares de calidad propuesto por el MNSAL, pero el proyecto está estrechamente relacionado con los indicadores e hospitalarios o producción de servicios que se encuentran considerados en la programación anual operativa, específicamente con el promedio día de estancia. Es necesario mencionar que, si se mantiene una alimentación adecuada, contribuye a que los usuarios no sufran complicaciones por la alimentación que reciben en el hospital. También permite que se mantengan el promedio día estancia para cada especialidad de hospitalización. El promedio de días estancias a nivel

general es de 3.1 días. Al realizar una segregación por área de servicio, se puede mencionar que dos de las áreas medicina interna y cirugía se han mantenido por debajo de lo estandarizado en promedio días estancias, para medicina interna que lo estandarizado es de 6 a 8 días en promedio, el hospital lo tiene a 4 días; cirugía lo normado es de 4 a 7 días, el obtenido en el hospital para dicha área es de 3 días pediatría que se encuentra, pediatría que se mantiene en el rango de lo normado de 4 días, solo ginecología es la única área que sobrepasa a lo establecido que son 2 días y se tiene para el hospital de 4 días en promedio. De lo anterior se deduce, que es importante la mejora en la alimentación de los usuarios hospitalizado como parte de la calidad en la atención hospitalaria.

4.5 Brecha identificada entre el problema y la mejor practica

Entre las principales deficiencias encontradas se pueden agrupar a tres factores: el primero se relaciona con las limitadas competencias técnicas del personal de cocina para la preparación de alimentos de forma diferenciada según la condición clínica del paciente; personal médico que no estaba realizando las prescripciones de dieta apegadas a los lineamientos técnicos. El segundo factor, está determinado por el desconocimiento de los lineamientos técnicos para la prescripción y preparación de dietas en los hospitales y el tercer factor, se relaciona con el limitado cumplimiento de buenas prácticas de manufacturas de alimentos. Esta situación problemática determina la brecha inicial y la necesidad de una intervención que permitiera reducir la brecha con la intencionalidad de la implantación de una mejor practica. Entre las principales acciones para reducir la brecha; estuvieron consideradas como las principales: la capacitación teórico y práctica, la supervisión y monitoreo constante, la implementación de guías de observación y encuestas de satisfacción al usuario.

4.6 Relación entre la mejor práctica y la Carta Iberoamericana de la Calidad en la Gestión Pública.

La relación entre la mejor práctica y la CICGP, se puede considerar, desde la importancia de realizar una gestión en las organizaciones prestadoras de servicios, las cuales deben pensar en la satisfacción de las expectativas de los usuarios. En este sentido, en el capítulo primero de la finalidad de la CICGP, define la calidad en las administraciones públicas como una cultura transformadora que impulsa la mejora permanente para satisfacer cabalmente las necesidades y expectativas de la ciudadanía. En el capítulo segundo, en los principios inspiradores, precisamente en el principio de evaluación y mejora continua; contempla que una gestión de calidad es aquella que mantiene una evaluación, permanente, interna y externa, orientada a la identificación de oportunidades para la mejora continua de los procesos y servicios centrados en el ciudadano. Por otra parte, en el capítulo cuarto, de la misma carta, en la dirección estratégica y el ciclo de mejora; quienes deben considerar como una práctica constante la alineación estratégica, desde el establecimiento de objetivos y planificación, desarrollo de forma sistemática y de procesos de las acciones planificadas y la comprobación de resultados obtenidos. Esto significa, que solo a través de la implementación de metodologías de proyectos, se pueden fundamentar prácticas de mejoras, medibles, sistemáticas y sostenibles en el tiempo. Esta condición permite la integración de los equipos de trabajo, mediante el compromiso y la necesidad de perfeccionar las competencias técnicas. Tal como lo plantea la referida carta en el mismo capítulo antes mencionado, la repetición sucesiva del ciclo de mejora permite alcanzar la mejora continua de la calidad del servicio orientada al ciudadano, condición que les permite a las administraciones públicas estar transformando su gestión y a la vez manteniéndose actualizada.

E. Recolección y Análisis de la Información

5.1 Metodología para la recolección y análisis de la información

La metodología utilizada para el análisis de la información es una metodología participativa, donde se toma en cuenta la participación del personal de la institución y los usuarios externos. Desde este enfoque, se describe la problemática existente, luego del análisis de la información obtenida de la encuesta de satisfacción del usuario externo aplicado en los meses de junio a septiembre del año 2015, el cual se puede tomar como la línea base. Posteriormente se realiza la identificación del problema con los jefes de departamento, la priorización de los principales problemas identificados y por último se hace la identificación de las causas que generan o posibilitan el problema priorizado.

Se utilizo el método de marco lógico para la planificación de la práctica de mejora, con la intencionalidad de darle un sentido de coherencia a la implantación de la practica; pues este tipo de herramienta permite identificar mediante un análisis rápido cuales son las actividades que no se han estado cumpliendo y quiénes son los responsables, así mismo conocer el nivel de cumplimiento de los indicadores para el logro de los resultados.

La determinación de la población a encuestar para obtener información de la satisfacción de los usuarios, se tomo en base a la cantidad de egreso del año anterior, teniendo a bien encuestar, el 5% de la población egresada el cual significa 50 encuestas, teniendo 5 mediciones, una cada dos meses. La medición del cumplimiento de la entrega de dieta se hace el total de dietas servidas a los usuarios.

El personal de alimentación y dieta, médico y de enfermería fue capacitado en los lineamientos técnicos para la prescripción de dietas en los hospitales, como un mecanismo de fortalecer habilidades y competencias técnicas para prescripción y preparación de dieta según etapa de vida y condición clínica del usuario hospitalizado.

Se realizaron monitoreo continuo del cumplimiento de ambos aspectos, revisando expedientes clínicos, con la intencionalidad de valorar si la prescripción de la dieta por el médico tratante era acorde con lo establecido en los lineamientos y luego se verificaba la entrega del alimento o dieta al usuario si estaba apegado a lo prescrito en la requisición de la dieta.

La estructura del proyecto está comprendida en cinco fases, las cuales tienen una continuidad secuencial y transversalidad. Cada una de estas fases se describe a continuación.

Fase I: en la fase preparatoria los pasos o actividades principales se fundamentan en la conformación del equipo de mejora, en el análisis de la información para la identificación de la situación problemática, específicamente la encuesta de satisfacción del usuario (junio-septiembre 2015), la aplicación de las herramientas de calidad y luego con la formulación del proyecto, en donde se contemplan la línea de intervención a seguir, se describe de forma breve la situación problemática, se mencionan las causas que condicionan el problema, los objetivos y los resultados esperados con la ejecución del proyecto, plasmando las diferentes actividades y los responsables de la ejecución.

Fase II. La fase de gestión, comprende la puesta en marcha de algunas actividades propuestas, principalmente las relacionadas con la coordinación y preparación del desarrollo del proyecto. En alguna

medida, se inicio con la búsqueda de profesionales responsables de los procesos de capacitación, la elaboración de planes de capacitación por temáticas específicas: lineamientos técnicos de prescripción de dietas en hospitales, buenas prácticas de manufactura de alimento y humanización en los servicios de salud. Se consideró en esta etapa también, la planificación y distribución de los recursos a participar en los procesos de capacitación.

Fase III. La fase de ejecución, está determinada por la implementación de los talleres de capacitación en cada una de las temáticas propuestas, la evaluación de los resultados de capacitación, identificando la brecha existente entre la situación antes y después de la capacitación.

Fase IV. Fase de aplicación y de análisis, en esta etapa es donde se identifica de manera práctica lo asimilado en la capacitación y determinar si la situación que se pretende mejorar tiene un cambio positivo con mira a mejorar la práctica. Los aspectos de valoración son los siguientes: dietas indicadas por los médicos de acuerdo a los lineamientos técnicos de prescripción de dietas en hospitales, alimentos preparados y servidos según lo consignado en el expediente clínico de cada usuario y por último el cumplimiento de buenas prácticas de manufactura de alimentos.

Fase V. fase de evaluación, en esta fase se hace un monitoreo constante del cumplimiento de lo planteado en el proyecto, pero se toma en cuenta la valoración de la prescripción, preparación y entrega de alimentos a los usuarios. Se estructura la evaluación en una fase inicial, intermedia y otra final del proyecto.

5.2 Herramientas utilizadas para la recolección y análisis de la información

El punto de partida para determinar la pertinencia de algunas herramientas, surge de las reuniones sostenidas con el grupo conductor del proyecto, quienes consideraron a bien analizar el problema, iniciando con la identificación, priorización, determinación de las causas y luego la etapa de planeación o formulación de la mejor practica. Para todo este proceso fue necesario auxiliarse de herramientas que orienten y sistematicen la intervención basada en evidencia científica. Entre las principales herramientas se pueden mencionar:

- Lluvia de ideas
- Matriz de Hanlon
- Diagrama de Ishikawa
- Matriz de Marco lógico

Entre las principales ventajas y desventajas de utilizar este tipo de herramientas se describen en la siguiente tabla 16.

Tabla 16. Herramientas de calidad, ventajas y desventajas.

Herramienta	Ventajas	Desventajas	Superación de las desventajas
Lluvia de ideas	<ul style="list-style-type: none"> -Todos tienen la oportunidad de participar - Es de fácil comprensión. - se realiza en poco tiempo 	<ul style="list-style-type: none"> -requiere de tiempo para ordenar las ideas - resulta difícil consensuar con el grupo 	<ul style="list-style-type: none"> - se determinó el tiempo de duración de la técnica, una hora - se agruparon ideas similares - se consideraron elementos como: tiempo, y actitud para el cambio
Matriz de Hanlon	<ul style="list-style-type: none"> -es de fácil entender y ejecutar -permite una valoración completa del problema 	<p>Se puede asignar un valor subjetivo según el criterio personal del coordinador del grupo</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Se tomó en cuenta la opinión de cada participante - Se valoro mediante análisis consciente la gravedad de los problemas para asignar los puntajes
Diagrama de causa efecto	<ul style="list-style-type: none"> -facilito la identificación de las principales causas -ayuda a visibilizar de forma sencilla las causas de un problema complejo 	<p>-dificultad de la comprensión de la técnica de parte del personal de cocina</p>	<ul style="list-style-type: none"> -revisión y análisis teórico de las reglas para aplicarla técnica. -explicación con problemas sencillos que sirvieron de base para la efectiva comprensión del personal de cocina
Matriz de marco lógico.	<ul style="list-style-type: none"> -permite ordenar las actividades, indicadores según los resultados -facilita hacer reajustes al proyecto según el análisis de la información - permite una panorámica general de la mejor practica 	<ul style="list-style-type: none"> - desconocimiento de la estructura de marco lógico. -incumplimiento de lo programado 	<ul style="list-style-type: none"> - breve explicación para construir el marco lógico. - monitoreo constante para deducir responsabilidades y encontrar nuevas formas de intervención.

5.3 Brecha existente entre la situación actual y la situación deseada

Para determinar la brecha de la situación inicial, se realizaron una evaluación inicial, que se tomo como la línea de base en los aspectos de: nivel de cumplimiento de prescripción de dieta de acuerdo a los lineamientos, cumplimiento de buenas prácticas de manufacturación de alimentos y la satisfacción de los usuarios.

De acuerdo al análisis de los expedientes clínicos, se encontró un porcentaje de cumplimiento del 61.5% según los lineamientos técnicos de prescripción de dieta en hospitales.⁶ En total se analizaron 65 expedientes clínicos, identificando un 38.5 de prescripciones de dietas que no estaban acordes según lineamientos. Estos resultados significan que la brecha a reducir es del 38.5%, para alcanzar un nivel de excelencia en la prescripción de dietas; condición que es determinante como punto inicial para que el personal de cocina pueda elaborar una dieta diferenciada que contribuya a la recuperación de los usuarios hospitalizados.

En relación al cumplimiento de las buenas prácticas de manufacturación de alimentos se tiene un porcentaje de %74.28 de cumplimiento según lista de chequeo aplicada a cada una del personal de cocina.⁷ Este resultado implica que la brecha a superar es del 25%, para obtener un nivel de funcionamiento de calidad en las prácticas de manufacturación de alimento según lineamientos. Otro de los hallazgos importante según guía de observación, el departamento de alimentación y dieta no cuenta con menú para cíclico para cuatro semanas, no utilizan guantes específicamente para la manipulación de alimentos (utilizan guantes de

⁶ Análisis de expedientes clínicos julio de 2015.

⁷ Lista de chequeo de buenas practica aplicada en octubre del 2015.

látex), no estaban certificadas con los lineamientos de buenas prácticas manufacturación de alimentos, no hay registro del lavado del cuarto frío y no se disponía de un listado alimentos próximos a vencer.

La satisfacción del usuario se tiene que un 73.6% de los encuestados le pareció adecuada la alimentación que reciben en esta institución hospitalaria. El porcentaje alcanzado, significa que se tiene que reducir la brecha del 26%, para lograr un nivel de satisfacción del 100% de los usuarios⁸.

Para la reducción de las brechas identificadas se planearon y ejecutaron acciones precisas como: el desarrollo de procesos de capacitación, monitoreo y supervisiones constantes y las evaluaciones, mediante la aplicación de instrumentos que permitieron la valoración de la implantación de la mejor práctica y obteniendo resultados positivos que contribuyeron en gran medida disminuir la brecha encontrada.

F. Gestión de la Mejor Práctica

6.1 Alineación de la mejor practica con la visión, misión, objetivos estratégicos y lineamientos de la organización

Entre las principales líneas estratégicas de la organización se basa en las directrices que son emitidos por el MINSAL, y el proyecto se enmarca en la Política Nacional de Salud Construyendo la Esperanza 2009-2014, que en la estrategia 12, denominada Seguridad alimenticia y nutricional, en la línea de acción 12.4 reza de la siguiente manera “desarrollo y promoción de alimentos con mezcla de alimentos de alto valor nutritivo y de bajo costo con especial énfasis en la población vulnerable “. Desde esta perspectiva, se

⁸ Encuestas de satisfacción del usuario externo, aplicada en junio-septiembre de 2015

considera que el proyecto le apuesta a favorecer a los grupos vulnerables que se encuentran hospitalizados, que por su condición de enfermedad necesitan de una alimentación adecuada. Teniendo en cuenta que, la mayoría de usuarios provienen del área rural y urbano-marginal, en donde las condiciones de pobreza es una variable omnipresente en este tipo de población; por lo tanto, es necesario que al menos durante el tiempo que permanecen hospitalizados reciban una dieta nutritiva y de calidad.

El proyecto está sustentado, en los lineamientos técnicos de prescripción de dietas en hospitales, el cual mandata que es de obligatoriedad el cumplimiento de dicho lineamiento para personal administrativo y técnico que labora en hospitales. En este sentido, se retoma como normativa de guía y de orientación para la implantación de la mejor practica. Si se toma en cuenta lo definido en la política de salud y los lineamientos técnicos de prescripción de dietas en hospitales, más los hallazgos en la línea basal; donde se pudo constatar la falta de cumplimiento de dicha normativa, lo mismo que el no apearse a las buenas prácticas de manufacturación de alimentos. Según la priorización de problemas se determinó que, la inadecuada dieta alimenticia obtuvo un mayor puntaje, por lo tanto, se convertía en un reto la necesidad de implantar un proyecto de mejora en esa área específica.

El proyecto está muy relacionado con la visión de la institución que le apuesta por ser una organización modelo de excelencia en la calidad de atención. Significa que la implantación de una mejor practica, pone en juego la capacidad, de planeación, ejecución, control e involucramiento de las diferentes áreas técnicas y operativas. Desde esta perspectiva, se requiere de una gestión que facilite interacción y agilicen el desempeño del personal en relación a un objetivo común de lo establecido en el proyecto. Se retoma de la misión, que la institución le apuesta por la atención integral y la

recuperación del bienestar subjetivo del usuario, para tal cometido, es necesario la integración de del personal con la intencionalidad de prescribir una dieta adecuada según lineamientos y el personal de cocina pueda preparar una dieta tal como está prescrita en expediente clínico, realizando una entrega con un trato humanizado y profesional como se encuentra establecido en la misión de la institución.

6.2 Selección del equipo de trabajo para el desarrollo de la mejor práctica

Para conformar el equipo responsable de la conducción de la mejor practica estuvo determinada por la Dirección y el Consejo Estratégico de Gestión Hospitalario, quienes consideraron a bien establecer criterios de inclusión con la intencionalidad que los recursos dispusieran al máximo de sus habilidades y competencias. Los criterios de inclusión llevo constituir el perfil para ser parte del proyecto, el cual se describe a continuación:

- Haber recibido capacitaciones previas en metodología y herramientas de calidad, ya sea por MINSAL o en formación profesional.
- Dominio de herramientas de calidad
- Personal con capacidad de toma de decisiones (jefatura de áreas, administración y de servicios de hospitalización)
- Personal del área de alimentación y dieta que eran las principales implicada y con los conocimientos técnicos para la implantación de la mejor practica.
- Capacidad y experiencia para el trabajo en equipo
- Relaciones interpersonales positivas con el cliente interno y externo
- Actitud de compromiso con la calidad y satisfacción del usuario

- Disponer de competencias en la recolección y procesamiento de la información.

De acuerdo a los criterios antes mencionado, se conformó el equipo con diferentes disciplinas, para asegurar el funcionamiento integral y puesta en práctica de las habilidades y competencia en el desarrollo de la mejor práctica. Se tomó en cuenta para estructurar el equipo, a la responsable del área de cocina, enfermera responsable de IAAS, jefe de enfermería y los jefes de servicios de hospitalización, coordinadora de la UOC, epidemiólogo del hospital, administradora y psicólogo, con dominio en la aplicación de herramientas de calidad.

Se aseguro una conformación balanceada del equipo, mediante el involucramiento de personal que se relaciona directamente con la práctica de mejora y otros miembros que tienen la capacidad de liderazgo en asegurar el control de la calidad de los procesos. Se evito en la medida de lo posible que el equipo estuviera formado solo por una disciplina, ya que se considera prioritario la heterogeneidad de los equipos como una condición que facilita, la participación interdisciplinar, riqueza de los aportes, evitar subjetividades en el análisis y procesamiento de la información y el consenso de mejores alternativas de intervención.

6.3 Objetivos definidos para la mejor práctica.

Entre los principales objetivos que se proponen se describen en relación con los resultados esperados, para fines de una mejor comprensión de la estructura del proyecto se consideró pertinente plantear para cada resultado esperado un objetivo, tal y como se detallan a continuación.

Objetivos	Resultados
1. Desarrollar procesos de capacitación que contribuyan al empoderamiento y perfeccionamiento de las competencias técnicas para el desempeño de las funciones de prescripción de dietas y la elaboración de las mismas.	RESULTADO ESPERADO 1: Personal de Alimentación y Dietas capacitado y con competencias técnicas para la elaboración de dietas. RESULTADO ESPERADO 2: Personal médico y de enfermería capacitado y con habilidades técnicas para la prescripción y supervisión de dieta alimenticia.
2. Cumplir con la elaboración y entrega de dietas diferenciadas de acuerdo a los lineamientos técnicos para la prescripción de dietas hospitalarias.	RESULTADO ESPERADO 3: Dieta alimenticia elaborada de acuerdo a lineamientos técnicos para la prescripción de dieta Hospitalaria.
3. Fortalecer los aspectos organizativos y administrativos mediante la construcción de herramientas e instrumentos que le faciliten un mejor control en el registro de la información que se genera en el departamento.	RESULTADO ESPERADO 4: Departamento de Alimentación y Dieta utilizando instrumentos para sistematización del registro de información.
4. Implementar prácticas de manufactura de alimentos de acuerdo a los lineamientos técnicos establecidos.	RESULTADO ESPERADO 5: Personal del departamento de alimentación y dietas aplicando buenas prácticas de manufacturación de alimentos.

6.4 Definición del plan de trabajo y asignación de responsabilidades

El proyecto de mejor práctica estuvo orientado a mejorar la calidad de la dieta alimenticia en función de: prescripción de la dieta según lineamiento, preparación y entrega de forma diferenciada y cumplimiento de buenas prácticas de manufactura de alimentos.

Para el logro de los resultados esperados, fue necesario realizar un análisis previo de las causas que generaban el problema; de acuerdo a las limitantes identificadas con la línea de base; información que sirvió de insumo para determinar las principales actividades a realizar. En este proceso de definición del plan de trabajo, se tomo a bien utilizar la herramienta de la matriz de marco lógico, en donde se establecen las macro actividades y las

sub-actividades, indicadores, medios de verificación y los responsables de ejecutar las actividades. Las responsabilidades se asignaron de acuerdo al tipo de competencia y desempeño de las funciones. Durante la implementación del proyecto, la coordinadora del proyecto, realizaba monitoreo para determinar el nivel de cumplimiento de las responsabilidades asignadas, analizar la justificación de algunos desfases en la realización de las actividades, programando nuevas fechas y otras alternativas para la implementación.

Las actividades están planteadas de acuerdo a la lógica y secuenciación del proyecto, la cual se definió en las cinco fases antes mencionadas: de preparación, de gestión, de ejecución, de aplicación y de evaluación. A cada una de estas actividades se les asignó un tiempo razonable para cumplimiento, teniendo en cuenta la complejidad de las mismas y la disponibilidad de los recursos humanos, considerando la multiplicidad de funciones que tiene cada profesional. Se priorizó la gestión y coordinación para el desarrollo de los procesos de capacitación como punto de partida de la práctica de mejora para su posterior implantación.

La asignación de responsabilidades estuvo de acuerdo a las competencias y especialidad técnica de cada recurso. Así se tiene que, el responsable para la elaboración del diagnóstico inicial se incorporó al epidemiólogo, coordinadora de la UOC y jefe de enfermería, para la formulación del plan y aplicación de herramientas de calidad al psicólogo, la aplicación de lista de chequeos y guías de observación, colaborando la enfermera de IAAS, la administradora se responsabilizó de trabajo organizativo en el área, asegurándose la aplicación de los instrumentos y fue necesario la colaboración de encargado de la Oficina por el Derecho de Salud y el Educador para la Salud .

6.5 Presupuesto asignado para la mejor práctica y fuentes de financiamiento.

Actividad	Rubros	Ítems	Unidad	Cantidad	Valor unitario	Valor total
Resultado N° 1 y N°2 Personal de alimentación y dieta, medico y de enfermería capacitado						
1.1 elaborar diagnostico de necesidades de capacitación	Honorario de personal técnico	Realizador de diagnóstico	horas	8	\$ 3.50	\$ 28.00
1.2 planificación de talleres de capacitación	Honorario de personal técnico	Diseñador del programa	horas	24	\$ 6.60	\$ 158.40
	Documento del plan	Impresión	documento	1	\$ 5.00	\$ 5.00
1.3 Desarrollo de talleres de Capacitación.	Honorario de personal técnico	Capacitador 1	Horas	8	\$ 12.00	\$96.00
		Capacitador 2	Horas	16	\$12.00	\$192.00
	Alimentación	Refrigerio	Unidad	30	\$ 1.00	\$30.00
1.4 Evaluación de resultados del Taller.	Elaboración de Instrumentos.	Evaluador	Horas	8	\$ 6.60	\$ 52.80
	Instrumentos de evaluación	Fotocopias	Hojas	50	\$ 0.05	\$ 2.50
	Aplicación y análisis de Instrumentos	Evaluador	Horas	8	\$6.60	\$52.80
Total: \$617.50						

Actividad	Rubros	Ítems	Unidad	Cantidad	Valor unitario	Valor total
Resultado N°3. Dieta alimenticia elaborada de acuerdo a lineamientos técnicos para la prescripción de dieta en hospitales.						
3.1 Revisar el listado de insumo adjudicado para la elaboración de dieta alimenticia.	Honorario de personal técnico	evaluador	horas	8	\$ 6.80	\$ 54.40
3.2 Elaboración de menú de dieta diferenciada	Honorario de personal técnico	Diseñador	horas	8	\$ 8.00	\$64.00
3.3 proceso de preparación de la dieta alimenticia	Honorario de personal técnico	Cocinera 1	mes	12	\$ 300.00	\$ 3600.00
		Cocinera 2	mes	12	\$ 300.00	\$ 3600.00
		Cocinera 3	mes	12	\$ 300.00	\$ 3600.00
		Cocinera 4	mes	12	\$ 300.00	\$ 3600.00
		Cocinera 5	mes	12	\$ 978.32	\$ 11,739.84
		Cocinera 6	mes	12	\$ 256.58	\$3,078.96
		Jefe de cocina	mes	12	\$1,584.89	\$19,008
3.4 verificación de preparación y entrega de la dieta	Honorario de personal técnico.	Supervisor 1	horas	30	\$ 6.80	\$ 204.00
		Supervisor 2	horas	30	\$6.80	\$ 204.00
Total: \$ 48,548.24						
Nota. \$ 526.40 para efectos del proyecto, y lo invertido en sueldos del personal es \$ 48,021.84						

Actividad	Rubros	Ítems	Unidad	Cantidad	Valor unitario	Valor total
Resultado N° 4. Departamento de alimentación y dieta utilizando instrumento para registro de información						
4.1 Diseño de instrumento para registro de información	Honorario de personal técnico	diseñador	horas	16	\$ 6.80	\$ 108.00
4.2 Socialización de instrumento	Honorario de personal técnico	capacitador	horas	8	\$ 6.80	\$ 54.40
4.3 Verificación de la utilización de los instrumentos	Honorario de personal técnico	Supervisor 1	Horas	8	\$6.80	\$ 54.40
		Supervisor 2	Horas	8	\$6.80	\$54.40
4.4 Evaluación de resultados y elaboración de informes	Elaboración de Instrumentos.	diseñador	Horas	8	\$ 12.00	\$ 96.00
	Instrumentos de evaluación	Fotocopias	Hojas	350	\$ 0.05	\$ 17.50
	Aplicación de Instrumentos	encuestador	Horas	50	\$3.00	\$102.00
	Digitación y análisis de datos	Evaluador	Horas	48	\$6.80	\$326.4
Total:						\$812.70

Actividad	Rubros	Ítems	Unidad	Cantidad	Valor unitario	Valor total
Resultado N°5. Personal del departamento de alimentación y dieta aplicando buenas prácticas de manufacturación de alimentos						
5.1 Planificación de talleres de capacitación.	Honorario de personal técnico	Capacitador	horas	11	\$ 12.00	\$ 132.00
5.2 Diseño y Planificación de las jornadas de capacitación	Honorario de personal técnico	Diseñador	horas	8	\$ 6.00	\$240.00
	Plan de capacitación	Impresiones	Documento	10	\$0.25	\$2.50
5.3 Desarrollo de talleres	Honorario de personal técnico	Capacitador	horas	10	\$ 7.00	\$ 100.00
	Alimentación	Refrigerio	unidad	40	\$ 1.00	\$ 40.00
5.4 Aplicación de buenas prácticas de manufactura de alimentos	Honorario de personal técnico.	Evaludador	horas	30	\$ 7.00	\$ 210.00
Total:						\$ 724.50

Total, del costo del proyecto es de: \$ 2,681.10

G. Implantación de la mejor práctica

La implementación de la mejor práctica se realizó por la prescripción de dietas de parte del personal médico en la evaluación de la condición del paciente según etapa de vida, tipo de procedimiento y condición clínica. Luego el proceso continuaba con la recepción de la requisición de la dieta en el departamento de alimentación y dieta, quienes hacen la preparación de los alimentos cumpliendo con las medidas de buenas prácticas de manufacturación de alimentos y de acuerdo a lo prescrito por el médico.

Para lograr implantar este tipo de práctica, fue necesario pasar por un proceso de capacitación continua, tanto el personal de cocina, médico y de enfermería. La inversión económica en este proceso fue mínima, ya que los capacitadores pertenecían al equipo responsable del proyecto, solo se tuvo que cancelar honorarios profesionales de nutricionista para la capacitación en los lineamientos técnicos de prescripción de dietas en hospitales. Durante el desarrollo de la implantación cada uno de los recursos iba cumpliendo con lo asignado en el plan de mejora.

Todo proceso de implementación de una práctica de mejora, requiere de un seguimiento continuo, para ello se realizaban los monitoreo continuo, las observaciones de facto en el proceso de elaboración y distribución de los alimentos. Las mediciones constantes de la satisfacción del usuario servían como mecanismo para valorar la opinión del usuario externo, y de esta manera poder realizar algunos ajustes a la mejor práctica. Actualmente se tiene que, se prescribe, prepara y entrega los alimentos según lo establecido en los lineamientos técnicos de prescripción de dietas en hospitales.

H. Control y Seguimiento.

El control y el seguimiento es una práctica imprescindible en la ejecución de todo tipo de proyecto; pues sirve como mecanismo de asegurarse que la práctica a implantar se realice de acuerdo a los objetivos propuestos. En este caso, el control y seguimiento está determinado, por el monitoreo y la evaluación que se realiza durante el desarrollo del proyecto y luego de la implantación de la mejor práctica. En este sentido, se puede decir que el seguimiento tiene la intencionalidad de identificar el grado de avances de las actividades realizadas o los probables obstáculos identificados, teniendo la necesidad de reajustes a lo planificado. Fue necesario para efectos del proyecto, la realización de monitoreo permanentes durante el desarrollo de los procesos de capacitación y luego en la fase de implementación de la mejor práctica; se monitoreo con la intencionalidad de asegurarse el debido cumplimiento según lo esperado con el cambio proyectado.

El control que es una práctica inherente al proceso administrativo, estuvo determinado, desde la responsable del área de alimentación y dieta, verificando de forma permanente el debido cumplimiento de los procesos de elaboración de dieta. Por otro lado, las supervisiones que realizarían desde la administración y de la coordinadora de la UOC, quienes deberían rendirle sendos informes a la alta dirección, como mecanismo de mantener informado y de asegurar que la mejor práctica es sostenible en el tiempo y poder llegar a una estandarización del proyecto ejecutado.

I. Gestión del Equipo de Trabajo.

9.1 Integración del equipo de trabajo

La integración del equipo se realizó de acuerdo a los criterios de selección establecidos en el perfil de participación del equipo. Este proceso requirió de un análisis exhaustivo de las habilidades y competencia de cada uno de los integrantes; además, de la identificación de actitudes positivas para trabajar en beneficio de la ejecución del proyecto. Este esfuerzo estuvo marcado, por la sensibilización del personal y la motivación constante para que el personal pudiera ser cómplices de la necesidad de implantar una mejor práctica. Se intentó involucrar a personal de las diferentes disciplinas, para que tuviera un enfoque de interdisciplinariedad, integrando a actores claves de las áreas de cocina, administración, médicos y enfermería. Se conformaron dos equipos de trabajo, los que se encontraban en el área técnica y operativa, responsables de prescribir, elaborar y supervisar la preparación de los alimentos de manera correcta y el otro equipo que está integrado para la sistematización y redacción del proyecto.

9.2 Desarrollo del equipo de trabajo

El desarrollo del equipo de trabajo se promovió a través de la realización de procesos de capacitación. Este proceso tuvo su punto de partida, con la identificación de necesidades de capacitación, aplicando un instrumento que evaluaba los indicadores de desempeño del personal de cocina; estos indicadores eran valorados desde la propia percepción del personal evaluado. Se determinó que, los indicadores de desempeño que puntuaban más bajo, era necesario realizar actividades de capacitación para mejorar dicho indicador. Entre algunas temáticas identificadas a capacitar se encontraron: trabajo en equipo, buenas prácticas de manufacturas de

alimentos, comunicación efectiva, humanización en los servicios y los lineamientos técnicos para la prescripción de dietas en hospitales.

El trabajo de capacitación, estuvo determinado por un proceso de aprendizaje cooperativo, considerando que cada uno de los miembros posee capacidades específicas, que era necesario socializarlas con el resto del equipo. Las competencias fueron adquiridas en el proceso de formación profesional, capacitaciones previas por el MINSAL y la Oficina de ES Calidad.

La capacitación estuvo dirigida a dos grupos metas: personal de cocina, y miembros del equipo de mejora. Estos últimos han recibido capacitaciones en temáticas de: herramientas de calidad, método de solución de problemas, marco lógico, gestión y formulación de proyecto. En relación al impacto de capacitación y desarrollo del equipo de mejora, no se puede determinar de manera sistemática, pues son experiencias que se han venido acumulando en los últimos cinco años. Sin embargo, para el personal de cocina y con fines del proyecto, se consideró la medición del impacto de los procesos de capacitación.

Para la evaluación del impacto de los procesos de capacitación fue necesario retomar la metodología propuesta por Donald Kirkpatrick, a pesar que es una herramienta que se ha utilizado por muchos años, todavía es una herramienta útil para medir este tipo de impacto. Este modelo, propone cuatro niveles a evaluar: nivel I, las reacciones frente a la capacitación, nivel II el aprendizaje obtenido, nivel III, la transferencia de lo aprendido a la práctica diaria y el nivel IV los resultados.

Desde esta perspectiva, para evaluar el impacto de la capacitación se utilizaron cinco instrumentos. El primero que media la reacción del personal inmediatamente después de la capacitación, valorando la pertinencia de los

temas abordados, metodología utilizada, dominio de la temática. El aspecto de aprendizaje o conocimiento se evaluó con un instrumento diseñado para cada temática prioritaria desarrollada; comparando un antes y un después de la capacitación (pre-test y post-test). La transferencia de lo aprendido se ha estado evaluando mediante la aplicación de un instrumento, tres meses después de la capacitación. En la siguiente tabla se resume el impacto de la capacitación en el aprendizaje del personal de cocina.

Tabla 17. Impacto del proceso de capacitación en el personal de cocina

Instrumento	indicador	Capacitación		Brecha	Impacto paso del a
		Antes	Después		
Evaluación de aprendizaje	Conocimiento de los lineamientos de prescripción de dietas	5.3	6.3	1.0	Bajo a medio
Evaluación de aprendizaje	Buenas prácticas de manufacturas de alimentos	7.0	9.5	2.5	De alto a muy alto

J. Gestión del conocimiento e innovación de la mejor práctica.

La gestión del conocimiento, es una práctica que se debe promover al interior de las instituciones, porque permite generalizar conocimiento y además renovarlo mediante un proceso de construcción del mismo. Este proceso implica, la socialización de los resultados del proyecto de mejora. La experiencia acumulada, durante la implantación de la mejor práctica, hace que se retomen elementos de metodologías, como uso de herramientas de calidad, habilidades en el procesamiento de información, capacidad de elaboración informes técnicos de evaluación y monitoreo. Toda la gama de aprendizajes adquirido, ha sido

necesario compartirlo con el resto del personal de la institución. De hecho, se está pensando para el próximo año en la planeación anual incluir temáticas de capacitación sobre metodología de proyectos. Estos esfuerzos están orientados, para que los demás jefes de departamento de la institución se motiven e inicien con la formulación e implementación de proyecto. El involucrar a más personal con este tipo de proyecto, seguramente permitirá estar constante mejora de los servicios en salud.

Por otro lado, el compartir las experiencias y lecciones aprendidas del proyecto, se intenta renovar el conocimiento e incentivar que este tipo de proceso es posible, si se cuenta con una actitud proactiva y comprometida con la mejora continúa de la calidad. Para el logro de este propósito, se tiene pensado una serie de reuniones con personal por aéreas o departamentos. Una vez se hayan decidido en el trabajo con la metodología de proyecto, se estaría apoyando desde la coordinación de la UOC, con tutorías programadas, colaborando en cada una de las fases del proyecto. Los resultados del proyecto tendrán un proceso de divulgación con jefes de departamentos, y en asamblea general de empleados.

K. Resultados de la mejor práctica

Entre los principales resultados atribuibles al proyecto estos se presentan en tres bloques, los relacionados con la eficacia y eficiencia organizacional, los de orientación al ciudadano y los financieros.

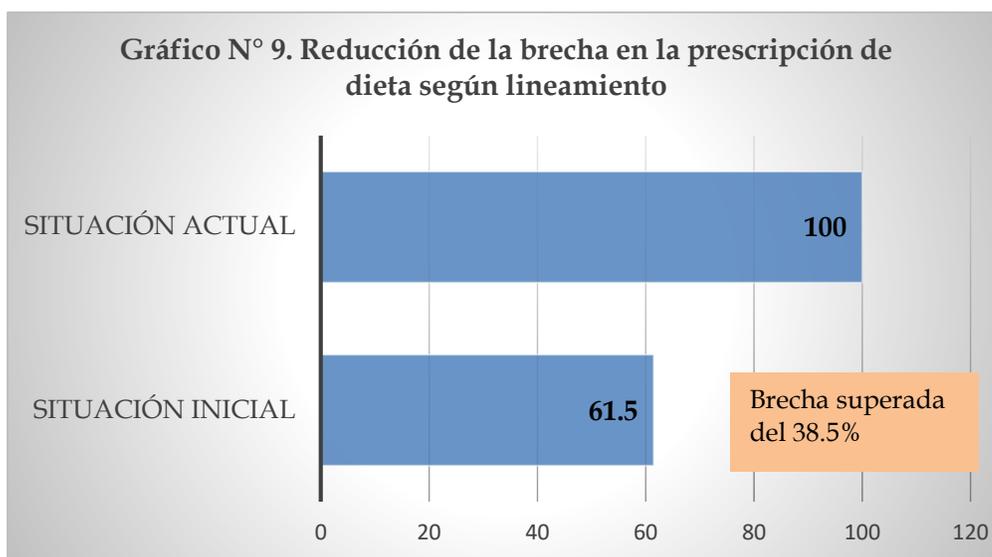
11.1 Resultados en la eficacia y eficiencia organizacional

La eficiencia de la institucional estuvo determinada por los siguientes resultados:

- Prescripción de dieta alimenticia para cada usuario hospitalizado según lineamientos técnicos de prescripción de dieta en hospitales.
- Al 100% de los usuarios se les cumple la entrega según se encuentra consignado en expediente clínico.

- Involucramiento del personal de enfermería para verificar la entrega de la dieta tal y como aparece plasmado en la requisición.
- Personal médico se le s han retroalimentado las competencias técnicas para prescripción de dieta diferenciada, teniendo en cuenta el tipo de patología y la condición del usuario.
- El personal de cocina está aplicando y cumpliendo en un excelente porcentaje las buenas prácticas de manufactura de alimentos porcentaje.
- Disminución del riesgo en la preparación de alimentos en condiciones de contaminación.

A continuación, se describe de forma gráfica la reducción de la brecha entre la situación inicial encontrada y la actual, luego de la implantación de la mejor práctica.



Fuente: matriz de análisis de expedientes clínicos año 2015-2016

En la gráfica se observa como a través del despliegue de las actividades de la implantación de la mejor práctica se logró disminuir la brecha existente entre la situación inicial encontrada y la actual. Este esfuerzo ha significado el fortalecimiento de competencias técnicas de los profesionales de la medicina de las

cuatro áreas básicas de hospitalización, pues han tenido que revisar los lineamientos, estar pendiente de las guías colocadas en cada uno de los servicios. El monitoreo y revisión de los expedientes ha posibilitado que esta práctica de prescripción de dieta de manera eficaz sea una constante en el tiempo.

Tabla N° 18. Prescripción y cumplimiento de dieta en el área de pediatría

Tipo de dieta	Situación inicial	Situación actual
LMA1 (de 6 a 8 meses)	0	516
LMA2 (de 9 a 11 meses)	0	277
LMA3 (12 a 24 meses)	0	813
Régimen C1 (1 a 2 años)	0	175
Régimen B1(1 a 2 años)	0	78
Total		1859

Fuente: copia de requisición de dieta, año 2016

Esta tabla es representativa para describir los efectos del proyecto, porque antes del proyecto no se les servía alimento a los niños menores de 2 años, se consideraba que de la misma que se le entregaba a la madre debía de compartirla con el niño y niña. Razón por la que aparece cero en la prescripción y en el cumplimiento en la situación antes de ejecutado el proyecto. con la práctica de mejora, se observa el cambio, la alimentación de los niños es especial y se cumple tal y como lo establece los lineamientos técnicos para la prescripción de dietas en hospitales, y solo en lo que va del año se han servido 1859 dietas de acuerdo a la edad y condición clínica de los niños y niñas.

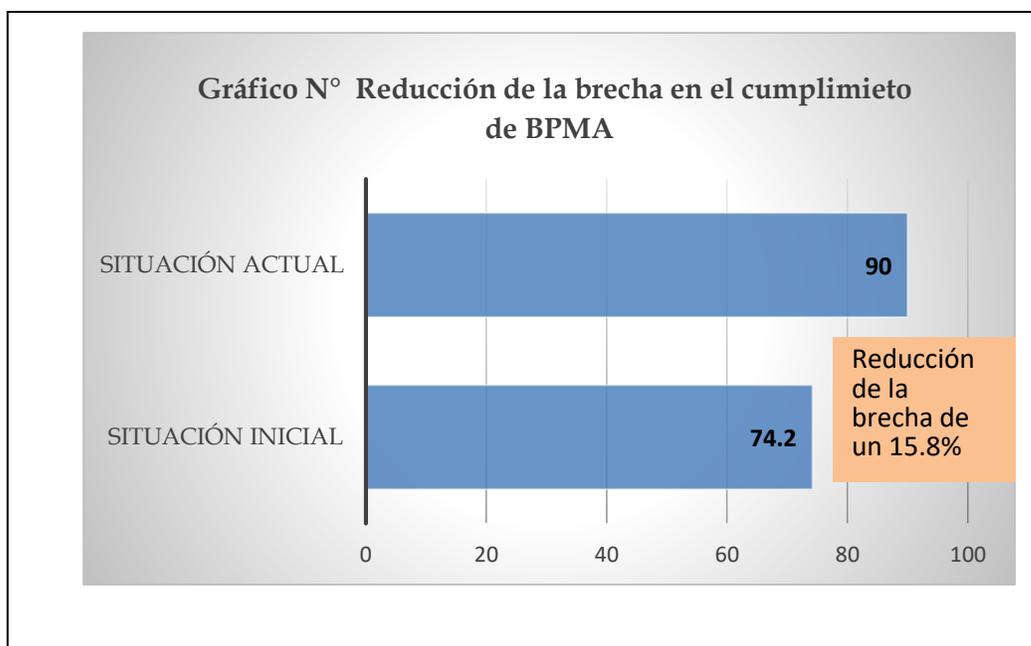
En el área de medicina interna y cirugía general, ocurría que antes del proyecto, no se prescribía la dieta de manera diferenciada; en algunas ocasiones se prescribía bien pero no se cumplía, así se encontró según revisión de hojas de requisición alrededor del 50% de cumplimiento. A continuación, en la siguiente tabla se presenta el tipo de dieta que no estaban prescribiendo antes del proyecto y las que se lograron prescribir y cumplir con la implantación de la mejor práctica.

Tabla N° 19. Prescripción y cumplimiento de dieta en el área de medicina y cirugía

Tipo de dieta	Situación inicial	Situación actual
Líquidos completos	0	119
Hipocalórica	0	6
Hipercaleórico	0	19
Alta en Carbohidrato	0	2
Mecánicamente suave	0	9
Baja en grasa	0	20
Alta en grasa	0	6
Total		181

Fuente: copia de requisición de dieta, año 2016

Es necesario rescatar, que las dietas más frecuentes servidas han sido, la normal, hiposódica, blanda, líquidos claros y la baja en carbohidratos. Para efectos del proyecto esta condición de cumplimiento mejoro del 50% en algunos casos hasta un 98%. Resultados que se pueden considerar positivos, pero requieren de un esfuerzo constante para continuar a la meta de la excelencia.



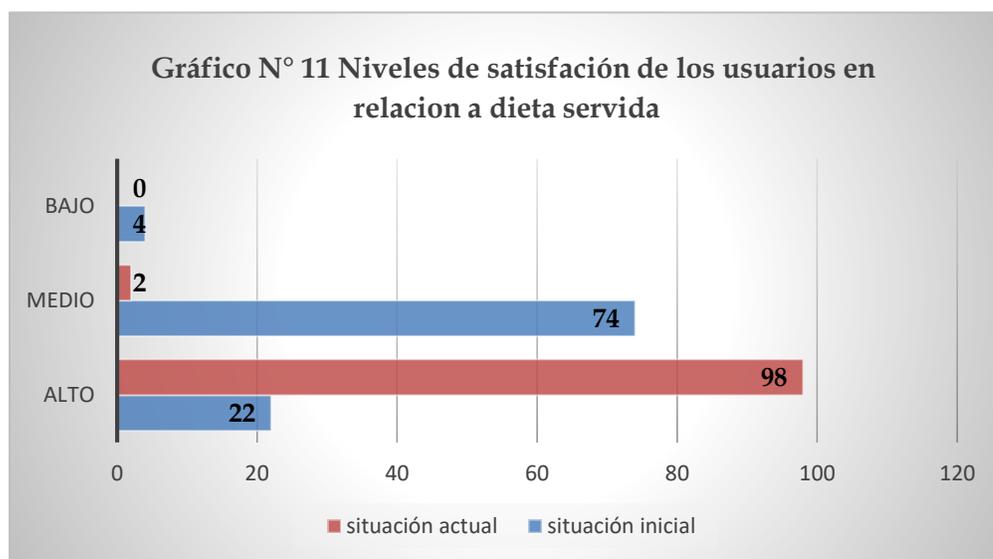
Fuente: lista de chequeo de buenas prácticas de manufacturación de alimentos, año 2015-2016

El utilizar buenas prácticas de manufactura de alimento es una de las condiciones importantes en las áreas de cocina, pues de ello depende, estar libre de contaminación por virus y bacterias, permitiendo cumplir con estándares establecidos para la preparación de alimentos. Todavía queda el reto de superar el 10% que queda por cumplir.

11.2 Resultados en la orientación al ciudadano

Los resultados del proyecto orientado a beneficiar al usuario se pueden destacar los siguientes.

- Que al 100% de los usuarios hospitalizados se les prescriba una dieta según su condición clínica.
- Que al 100% se les sirva una dieta según aparece en expediente clínico
- Entrega de alimentación especial a los niños niñas de 6 meses a 24 meses.
- Entrega de dos refrigerios diarios para todos los niños y niñas de 0 a 12 años.
- Entrega de un refrigerio por la tarde para los usuarios con patología de diabetes e hipertensión.
- Disminución en el gasto económico en la compra de alimentos fuera del hospital cuando se encuentran hospitalizado
- Alimentación preparada en condiciones estrictas de higiene y buenas practicas.



Fuente: encuesta de satisfacción del usuario, aplicada enero- septiembre del 2016

11.3 Resultados financieros.

Los resultados de impacto económico del proyecto se pueden desde dos perspectivas, lo primero el incremento o disminución del presupuesto para el área de alimentación y dieta que ha tenido con la implementación del proyecto en lo invertido y lo segundo es, el impacto en la economía de los usuarios que reciben una dieta adecuada.

Así se tiene que, en el presupuesto asignado ha existido un ligero aumento para el año 2016 en comparación con el año 2015. Condición que ha significado un incremento en el valor de la ración por usuario.

Año	Monto del presupuesto	diferencia
2015	\$ 76,800.00	\$1,200.00
2016	\$ 78,000.00	
año	Monto ejecutado	Diferencia
2015	\$52,500.25	\$ 693.75
2016	53,194.00	

Fuente: Especifico de gastos 541001 alimentación UFI.

Es necesario mencionar que el presupuesto ejecutado, hace referencia a lo gastado entre los meses de enero a septiembre en ambos años respectivamente. Se puede deducir entonces que el incremento está relacionado con \$ 693.75.00.

Si se hace un análisis detallado de acuerdo a la producción de los refrigerios; se puede decir que, para el año 2015, no se estaban sirviendo ningún tipo de refrigerio y en el presente año 2016, con la implantación de la mejor practica

se ha tenido una producción de 5, 461 refrigerios de marzo a septiembre del 2016. La mayoría de refrigerio son destinados para el área de pediatría, 4,240 refrigerios en total; y 1,2221 refrigerios para el área de medicina interna y cirugía. Esta es una de las razones por la cual el presupuesto ejecutado ha tenido un ligero incremento en el presente año.

Por otra parte, es oportuno mencionar que el costo de la ración ha aumentado en comparación del año 2015 que tenía un valor de **\$2.87.00** y para el año 2016, aumento a **\$2.97.00**, el aumento ha sido del \$ 0.10.00, el mismo que se le atribuye a la entrega del refrigerio que se hace en la actualidad.

En relación al impacto en la economía de los usuarios, ha sido significativo, porque han dejado de comprar comida fuera del área hospitalaria, así se tiene que, un usuario con un promedio de 4 días estancia se está ahorrando alrededor de \$16 .00 a \$ 20.00, durante el tiempo que permanece ingresado, pues anteriormente, sino le entregaban refrigerios, la comida era insuficiente, se veía en la obligación de comprar comida afuera del hospital, y las implicaciones en salud que esta práctica tenía, la insalubridad y las contraindicaciones por la enfermedad.

L. Sostenibilidad y mejora

12.1 Posibles riesgos identificados para garantizar la sostenibilidad de la mejora

Para la identificación de los posibles riesgos que puedan afectar la sostenibilidad de la mejora alcanzada, fue necesario realizar un análisis con el equipo de mejora, la alta dirección y la responsable del departamento de alimentación y dieta, llegando a determinar que los principales riesgos son los siguientes:

- El no disponer de una profesional de nutrición responsable del departamento de alimentación y dieta, hace que lo aprendido no continúe aplicándose.
- El cambio o rotación del personal que se encuentra asignado al área de alimentación y dieta.
- Que no se continúe monitoreando y realizando mediciones constates de los indicadores del proyecto, prescripción de dieta según lineamiento y cumplimiento en la preparación y entrega de dieta de acuerdo a lo prescrito en el expediente clínico, lo mismo que de las buenas prácticas en manufactura de alimentos.
- El cambio de jefatura en áreas claves como: dirección, administración, coordinación de la UOC, cocina y jefe de enfermería.
- Contratación de nuevos recursos médicos para las áreas de hospitalización, que desconocen la importancia de prescribir dietas según lineamientos.
- Medidas de austeridad, recortando presupuesto asignado para la alimentación de los usuarios.
- El rechazo de los usuarios a una dieta diferenciada, porque compara con el usuario que se les entrega una dieta normal.
- Desintegración del equipo de calidad.

12.2 Estrategias previstas para garantizar la sostenibilidad de la mejora

Entre las principales estrategias previstas para disminuir el riesgo y asegurar la práctica de mejora se tiene:

- Continuar gestionando la plaza para nutricionista hospitalaria, que, a pesar de esfuerzos realizados, no se ha logrado contratar a la profesional, por escasez de este tipo de recurso en la zona oriental.

- Disminuir en la medida de lo posible la rotación del personal de cocina, y si se hace, se requiere de estar muy justificada los motivos de realizar la rotación; con el compromiso que el recurso que llegue a suplir, tiene que ser previamente capacitado con los lineamientos técnicos de prescripción y preparación de dietas, para asegurar el buen funcionamiento del recurso.
- Capacitar a los nuevos profesionales de la medicina que ingresen a trabajar al hospital, sobre el proyecto y los lineamientos de prescripción de dietas en hospitales.
- El monitoreo y la evaluación debe ser una práctica constante, dejándose definida, los periodos de tiempo a realizarla y el compromiso de analizar la información obtenida para realizar cambios o ajustes a las dificultades encontradas y los aspectos positivos, se deben de reconocer a través de felicitaciones u otras maneras de incentivar.
- Continuar con procesos de capacitación con la intencionalidad de reforzar lo aprendido.
- Establecer un plan de entregas educativas con los usuarios hospitalizados, para explicar la importancia de consumir únicamente la dieta que se les entrega en la institución hospitalaria.
- Sensibilizar a cualquier jefatura que llegue a ocupar el puesto de los profesionales removidos, sobre la importancia de los logros alcanzado con la mejora de la dieta alimenticia
- Fomentar la cultura del ahorro y maximizar los recursos designados para la alimentación, sin descuidar las condiciones de nutrición, variedad, cantidad y calidad.
- Socializar los avances obtenidos con la mejor practica y la necesidad de hacer sostenible en el tiempo lo alcanzado hasta la actualidad.

12.3 indicadores, roles y responsabilidades para evaluar el desempeño futuro y asegurar la continuidad de la mejora.

Entre los indicadores a continuar evaluando para efectos de sostenibilidad del proyecto se tienen lo siguiente:

- El 100% de personal de cocina certificado con el curso de buenas prácticas de manufacturación de alimentos. Este indicador será evaluado por la encargada del comité de IASS, y la solicitud de la capacitación lo hace la responsable del departamento de alimentación y dieta.
- El 100% del personal de cocina y profesionales médico y de enfermería deben haber recibido capacitación en los lineamientos técnicos para la prescripción de dietas en hospitales. Esta capacitación debe ser gestionada, por la responsable de la administradora, quien en conjunto con recursos humanos deben desarrollar la capacitación
- El 100% de usuarios se les debe prescribir una dieta diferenciada según condición clínica y etapa de vida, tal y como aparece establecido en los lineamientos técnicos. Esta indicación debe aparecer consignado en el expediente clínico de cada usuario, pudiendo ser observable en cualquier momento que el equipo de monitoreo así lo determine.
- El 100% de dietas servidas a los usuarios debe ser de acuerdo a prescripción médica. Siendo la responsable de tal cumplimiento el personal de cocina. De forma frecuente monitoreada el cumplimiento con la copia de la hoja de requisición, que al momento de la entrega de la dieta alimenticia observa la auxiliar de enfermería, consignado en dicha hoja si cumple o no, con lo indicado.
- El 100% de cumplimiento de buenas prácticas de manufactura en buenas prácticas de manipulación de alimentos. Las principales

responsables serán el personal de cocina, y del monitoreo la encargada del comité de IASS.

- Lograr que el 100% de los usuarios encuestados se encuentren ubicados en un nivel alto de satisfacción en relación a los alimentos que se les sirve en esta institución hospitalaria. Esta actividad será monitoreada por el equipo de calidad con una periodicidad de cuatro veces al año, tomando una muestra significativa según el número de usuarios hospitalizados.

La sostenibilidad del proyecto, está determinada por mantener los resultados alcanzados, pero es necesario también continuar en el proceso de reducción de la brecha tanto en la entrega de alimentos según condición clínica y cumpliendo las buenas prácticas de manufactura de alimentos. Se requiere de esfuerzos y compromisos para lograr alcanzar las metas planteadas, pero al continuar con la motivación y entrega de los involucrados será una tarea posible.

ANEXOS

ANEXO 1.

Problemas Identificados o preseleccionados a través de la técnica de lluvia de idea	N° de Votos Recibidos
1. Limpieza del Hospital	12
2. Proceso de Lavanderia	14
3. Alimentación a pacientes	22
4. Falta de control de la visita a pacientes	10
5. Presupuesto insuficiente	3
6. Escases de recursos humanos de enfermería	7
7. Equipos obsoletos	10
8. Recursos humanos desmotivados	13
9. Escases de médicos especialistas para cubrir las 24 horas	7
10. Largo tiempo de espera en emergencia	3
11. falta de agua apta para el consumo humano	15
Total	116

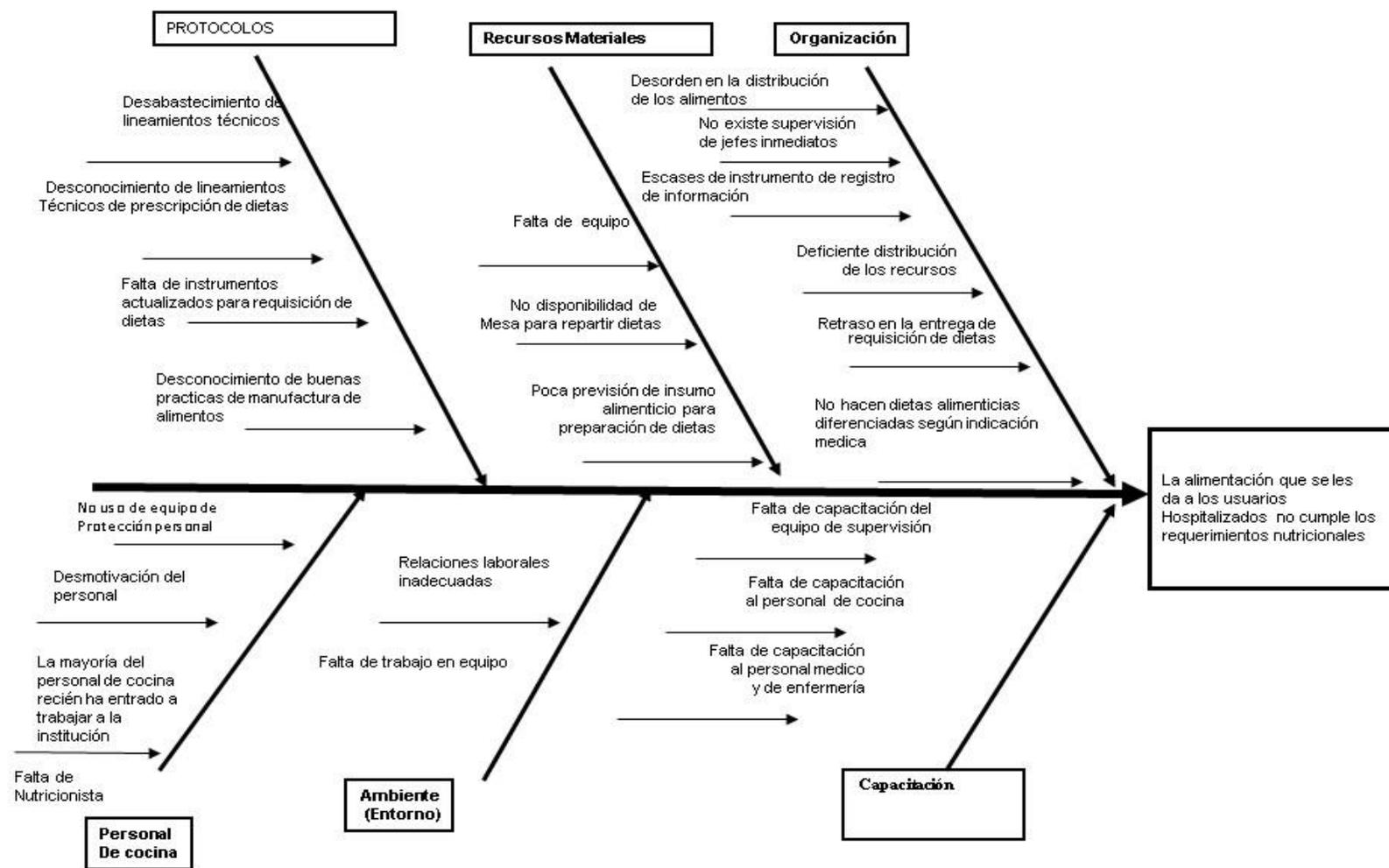
Anexo 2.

HOSPITAL NACIONAL SANTA ROSA DE LIMA
TABLA PARA PRIORIZAR PROBLEMAS

Problemas	Importancia Relativa			Factibilidad de la Intervencion					Efectividad prevista de la intervencion			Puntaje
	Magnitud	Severidad	Impacto Economico	Recursos Humanos	Material/Equipo	Recurso Economico	Conformidad con las normas y politicas	Interes del personal	Evidencia de efectividad	Factores locales relacionados con la efectividad	Tiempo necesario para ver cambios	
1. Alimentacion a pacientes	3	1	3	1	2	3	2	2	2	1	2	22
2. Proceso de Lavanderia	3	1	3	1	2	3	1	2	2	1	1	20
3. Limpieza del Hospital	3	3	3	2	2	3	3	2	3	1	1	26
4. Falta de control de la visita a pacientes	3	1	3	1	1	3	2	1	2	1	2	20

Anexo 3

HOSPITAL NACIONAL SANTA ROSA DE LIMA
PROCESO: PREPARACION Y DISTRIBUCION DE LOS ALIMENTOS DE LOS USUARIOS/AS



Anexo 4

MINISTERIO DE SALUD

HOSPITAL NACIONAL
SANTA ROSA DE LIMA

PROYECTO DE MEJORA
DE LA DIETA ALIMENTICIA

Instrumento de Evaluación de las Necesidades de Capacitación.

Área Evaluada: _____

Fecha de la evaluación: _____

Responsable de la evaluación: _____

INDICADORES DE DESEMPEÑO VALAORADOS DE FORMA INDIVIDUAL.

N°	Indicador	Escala de evaluación			Necesidades de Capacitación.
		Excelente. 3.	Regular 2.	Deficiente. 1.	
1	Calidad del trabajo				
2	Cumplimiento de metas				
3	Trabajo en equipo				
4	Relaciones interpersonales				
5	Apego a normativas técnicas de manipulación de alimentos				
6	Trato al usuario				
7	Conocimiento del puesto				
8	Responsabilidad				
9	Planificación y organización				
10	Comunicación con el personal				

Anexo 6

MINISTERIO DE SALUD

HOSPITAL NACIONAL SANTA ROSA DE LIMA

LISTA DE CHEQUEO DE CUMPLIMIENTO DE "BUENAS PRACTICAS DE MANUFACTURA."

Objetivo: Verificar cumplimiento de buenas practicas de manufactura del personal de cocina

	Criterios	Clave		Observaciones
		Si	No	
1	El personal que elabora los alimentos esta certificado "buenas practicas de manufactura"?			
2	El personal que manipula los alimentos tiene sus exámenes medicos vigentes indicados para esa area?			
3	Cuando preparan y empaacan las diferentes dietas los realizan con guantes y pinzas adecuadas?			
4	El personal que manipula los alimentos utiliza redecillas que cubran las orejas?			
5	El personal que manipula los alimentos utiliza delantal que cubra torax y abdomen?			
6	El personal que manipula alimentos utiliza zapatos cerrados de lustre y con suela antideslizante?			
7	El personal que manipula alimentos utiliza joyas o alajas?			
8	Al momento de entregar la dietas a los pacientes el personal lo hace de una forma amable, dieta indicada y se lo entregan en las manos o mesa de noche?			
9	Existen en su area de trabajo roedores, vectores, u otro tipo a de animal domestico?			
10	Mantienen los pasillos libres y limpios?			
11	Se cuenta con un registro de lavado de cuarto frio?			
12	Se cuenta con registro de alimentos proximos a vencer?			
13	Cuentan con extintor en area de trabajo?			
14	Cuenta en su area de trabajo insumos para lavado de manos?			
	* Papel toalla			
	* Jabon liquido			
	* Lavamanos			
15	Las Cocineras cuando presentan estas enfermedades elaboran dietas?			
	*Gripe			
	* Tos			
	* Diarrea			

F. _____

Nombre y Firma del evaluado

F: _____

Nombre y Firma del evaluador



Anexo 7

MINISTERIO DE SALUD

HOSPITAL NACIONAL SANTE ROSA DE LIMA.



ENCUESTA DE SASTIFACCION DEL USUARIO EN RELACION A LAS DIETAS SERVIDAS.

Fecha: _____ N° _____
Área de hospitalización _____ Días de Hospitalización _____
Procedencia: Urbano _____ Rural _____
Sexo: Masculino: _____ Femenino: _____

Objetivo: conocer la satisfacción del usuario en relación a las dietas alimenticias que le sirven durante el tiempo que permanecen en el proceso de recuperación en las áreas de hospitalización.

Table with 5 columns: No., Reactivo, Siempre, A veces, Nunca. It contains 10 rows of survey questions regarding food satisfaction in a hospital.

Anexo 8

MINISTERIO DE SALUD

HOSPITAL NACIONAL
SANTA ROSA DE LIMA

PROYECTO DE MEJORA
DE LA DIETA ALIMENTICIA

INSTRUMENTO PARA MEDIR LOS RESULTADOS DE IMPACTO DE LA CAPACITACION.

Área Evaluada: _____

Fecha de la evaluación: _____

Responsable de la evaluación: _____

Objetivo: evaluar los beneficios principales obtenidos, luego de haber desarrollado las actividades de capacitación en el Departamento de Alimentación y Dieta. Debe marcar con una "X" en la casilla, según la alternativa que se apegue a su caso.

N°	Ítems	Escala de valoración			
		Mucho. 3.	En parte 2.	Poco. 1.	Nada. 0
1	Expresa en que medida, la aplicación de los conocimientos de buenas prácticas de manufactura de alimento, ha influido en las habilidades de cada trabajadora.				
2	Existe retroalimentación del conocimiento adquirido entre el equipo para desempeñar mejor el trabajo				
3	Ha observado una eficiencia mayor en las trabajadoras, luego de la capacitación.				
4	Se les facilita a las trabajadoras realizar dietas diferenciadas en un menor promedio de tiempo.				
5	Maximizan los productos alimenticios, sin descuidar la calidad de las dietas y disminuyendo desperdicios, luego de la capacitación.				
6	Considera que existen relaciones interpersonales positivas en su equipo de trabajo, gracias a la capacitación recibida.				
7	Se observa al equipo de trabajo motivado para el logro de los resultados y satisfacción del usuario.				

Anexo 9

MINISTERIO DE SALUD

HOSPITAL NACIONAL
SANTA ROSA DE LIMA

PROYECTO DE MEJORA
DE LA DIETA ALIMENTICIA

Instrumento para valorar la Reacción ante la Capacitación.

Fecha: 15 marzo 16, Lugar: Asesoría de HNSM.
 Nombre de la Capacitación: Intervención focalizada para prescripción de alimentos personal de cocina
 Dirigido a: personal de cocina
 Objetivo de la actividad: proyecto de cocina
 Responsable de la Jornada: Hc. Salvador Dra Medrano
 Facilitador: Hch Orellana

Instrucción. A continuación se le presentan una serie de aspectos para que usted valore la actividad de capacitación desarrollada. Usted va a decidir entre las tres alternativas planteadas, de acuerdo a su valoración personal, marque con una "X" en la alternativa seleccionada.

N°	Aspecto a evaluar	Escala de evaluación.		
		Excelente. 3.	Regular. 2.	Deficiente. 1.
1	Responsabilidad del facilitador.	X		
2	Manejo del tiempo.			
3	Dominio de contenido	X		
4	Uso de ejemplos prácticos	X		
5	Claridad de la exposición.	X		
6	Uso metodología adecuada.	X		
7	Uso de materiales didácticos que favorece el aprendizaje.	X		
8	El contenido desarrollado, es útil para nuestro trabajo.	X		
9	Esta capacitación le permitirá desempeñar mejor sus funciones.	X		
10	La capacitación cumplió con las expectativas esperadas.	X		

Gracias por su colaboración.

Anexo 10

MINISTERIO DE SALUD

HOSPITAL NACIONAL
SANTA ROSA DE LIMA

PROYECTO DE MEJORA
DE LA DIETA ALIMENTICIA

INSTRUMENTO PARA MEDIR LA TRANSFERENCIA DEL CONOCIMIENTO A LA PRÁCTICA.

Área Evaluada: _____

Fecha de la evaluación: _____

Responsable de la evaluación: _____

Propósito: el propósito de este instrumento es recolectar información relacionada con la aplicabilidad del conocimiento adquirido por usted en la capacitación sobre _____, desarrollada en meses anteriores, sus respuestas nos ayudan a mejorar el trabajo. Debe marcar con una "X" en la casilla, según la alternativa que se apegue a su caso.

N°	Ítems	Escala de valoración			
		Mucho. 3.	En parte 2.	Poco. 1.	Nada. 0
1	Ha podido poner en práctica lo aprendido en la capacitación.				
2	Su jefe le ha exigido la aplicación del conocimiento en el desarrollo de su trabajo				
3	Se le facilitó adaptar lo aprendido en el desempeño de sus funciones.				
4	Lo aprendido en la capacitación ha contribuido a obtener mejores resultados.				
5	En el equipo de trabajo se refuerzan constantemente lo aprendido para mejorar la eficacia y calidad de las actividades.				
6	Las relaciones interpersonales con los usuarios internos y externo son positivas, después de haber recibido la capacitación.				

Gracias por su colaboración.

Anexo 12

**MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL SANTA ROSA DE LIMA
PROYECTO DE MEJORA DE LA DIETA ALIMENTICIA**

REQUISICION DE DIETAS

SERVICIO: _____

FECHA: _____

Desayuno: Almuerzo: Cena:

Hora de |

elaboración de la requisición: _____

DIETAS	N° DE CAMAS	SE CUMPLE		OBSERVACIONES
		SI	NO	
Normal				
Mecánicamente suave				
Blanda				
Hipósodica				
Líquidos Claros				
Líquidos completos				
Hipercalórica				
Hipocalórica				
Alta en carbohidratos				

Baja en carbohidratos				
Baja en grasa				
Alta en grasa				
Nada por Boca				
Altas				
Refrigerio				

Nombre y firma del responsable del llenado: _____ Hora y Firma de la Recepción de la requisición: _____

Firma: _____

Nombre de la persona que acompaña la entrega de dietas: _____

Anexo 13



**MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL SANTA ROSA DE LIMA
PROYECTO DE MEJORA DE LA DIETA ALIMENTICIA**

REQUISICION DE DIETAS

SERVICIO: PEDIATRIA

FECHA: _____

Desayuno:

Almuerzo:

Cena:

Hora de elaboración _____

de la requisición: _____

DIETAS	N° DE CAMAS	SE CUMPLE		OBSERVACIONES
		SI	NO	
LME				
LME 1 (6 a 11 Meses)				
LMA 2 (9 a 11 Meses)				
LMA 3 (1 a 2 Años)				
Régimen C1 (1 a2 años)				
Régimen B1 (1 a 2 Años)				

Régimen C2 (2 a 4 Años)				
Régimen B2 (2 a 4 años)				
Régimen C5 (5 a 9 Años)				

Nombre y firma del responsable del llenado: _____ Hora y Firma de la Recepción de la
requisición: _____

Firma: _____

Nombre de la persona que acompaña la entrega de dietas: _____

Anexo 14

MINISTERIO DE SALUD HOSPITAL NACIONAL SANTA ROSA DE LIMA REGISTRO DE TIPO DE REFRIGERIO		
FECHA: _____		
N° DE REFRIGERIOS	TIPO DE REFRIGERIO	OBSERVACIONES
	DESAYUNO	
	REFRIGERIO DE 10:00 AM	
	REFRIGERIO DE 3:00 PM	

F _____

Licda. Maria Celedonia Lopez
Jefa de Pediatria