GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO
DIRECCION REGIONAL DE SALUD DEL CALLAO
HOSPITAL NACIONAL "DANIEL ALCIDES CARRION"

R.D. N° 107-2020-06-H-ND A.C.

REPUBLICA DEL PERU

GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO
HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRION
TRÁMITE DOCUMENTARIO
S R R
06 ABR 2020
RECEPCIÓN
Hora: 11:00 Folios: 32
Firma: SR H.R.:

Resolución Directoral

Callao, 03 de Abril de 2020

OFICINA EJECUTIVA DE ADMINISTRACIÓN HNDAC REGIÓN CALLAO
A. Medina R.

VISTOS:

El Informe N° 029-2020-HNDAC-OGC de la Oficina de Gestión de la Calidad, el Informe N° 042-2020-HNDAC/OEPE de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, y el Informe N° 211-2020-HNDAC-OAJ, de la Oficina de Asesoría Jurídica, y;

CONSIDERANDO:

OFICINA DE ASESORÍA JURÍDICA HNDAC REGIÓN - CALLAO
R. HERRERA M.

Que, el Artículo 2 del Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, aprobado mediante Decreto Supremo N° 013-2006-SA y modificatorias, señala que la calidad de la atención, es el conjunto de actividades que realizan los establecimientos de salud y los servicios médicos de apoyo en el proceso de atención, desde el punto de vista técnico y humano, para alcanzar los efectos deseados tanto por los proveedores como por los usuarios, en términos de seguridad, eficacia, eficiencia y satisfacción del usuario;

OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD - REGIÓN CALLAO

Que, asimismo, el Artículo 9 del precitado dispositivo legal, refiere que los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo están obligados a garantizar la calidad y seguridad de la atención que ofrecen a sus pacientes, a proporcionarles los mayores beneficios posibles en su salud, a protegerlos integralmente contra riesgos innecesarios y satisfacer sus necesidades y expectativas en lo que corresponda;

OFICINA EJECUTIVA DE PLANEAMIENTO ESTRATÉGICO H.N.D.A.C. REGIÓN CALLAO
M.G. CANCINO H.

Que, cabe señalar que mediante Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, se aprobó el Documento Técnico "Política Nacional de Calidad en Salud", con la finalidad de contribuir a la mejora de la calidad de la atención de salud en las organizaciones proveedoras de servicios de salud mediante la implementación de directrices emanadas de la Autoridad Sanitaria Nacional;

Que, al respecto, es imperativo indicar que el ámbito de aplicación de las Políticas Nacionales de Calidad de Atención en Salud, son de obligatorio cumplimiento por la Autoridad Sanitaria en sus niveles nacional, regional y local, así como por las organizaciones proveedoras de atención de salud públicas, privadas y mixtas en el país;

Que, de conformidad a lo establecido en el Artículo 14° del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, aprobado mediante Ordenanza Regional N° 000006, la Oficina de Gestión de la Calidad, es el órgano asesor encargado de implementar el Sistema de Gestión de la Calidad en la Entidad, para promover la mejora continua de la atención asistencial y administrativa;

Que, bajo ese contexto, mediante documento de vistos, la Oficina de Gestión de la Calidad, elevó la propuesta de Plan Anual de Gestión de la Calidad en Salud – 2020 del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, la cual tiene por finalidad contribuir a la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión;

Que, en virtud a ello, con Informe N° 042-2020-HNDAC/OEPE la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, emitió opinión técnica favorable indicando que la referida propuesta de Plan, se encuentra de conformidad a los dispositivos legales vigentes y cuenta con la disponibilidad presupuestal correspondiente;

A. Medina R.

Que, en tal sentido, por constituir la propuesta de Plan, un documento de gestión interna a través del cual se busca mejorar la calidad de atención de salud que se brinda a los usuarios de este recinto hospitalario, resulta procedente emitir el acto resolutivo de aprobación;

R. HERRERA M

En uso de las facultades y atribuciones conferidas al Director General en el literal j) del Artículo 8° del "Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión", aprobado mediante Ordenanza Regional N° 000006;

Con las visaciones de la Oficina Ejecutiva de Administración, la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, Oficina de Gestión de la Calidad y la Oficina de Asesoría Jurídica;

De conformidad a lo dispuesto por la Ordenanza Regional N° 000006, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Decreto Supremo Nº 013-2006-SA, que aprueba el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo y Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Política Nacional de Calidad en Salud";

SE RESUELVE:

M.G. CANCINO H.

Artículo 1.-APROBAR el Plan Anual de Gestión de la Calidad en Salud - 2020 del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, PLAN-OGC-001, Edición Nº 009, contenido en treinta y un (31) folios, que en documento anexo se adjunta y forma parte integrante de la presente Resolución.

Artículo 2.-NOTIFICAR la presente Resolución a las Oficinas y Departamentos para fines pertinentes.

Artículo 3.-PUBLICAR la presente Resolución en el Portal Institucional (www.hndac.gob.pe), en cumplimiento de la Ley N° 27806, Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública y sus modificatorias.

Regístrese, publíquese y archívese.

GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO
HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRION

DR. JESUS AMERICO BRICEÑO VICUÑA
DIRECTOR GENERAL
CMP 34535 RNE 20103

PLAN ANUAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD 2020

HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN

A. Medina R.

R. HERRERA M.

M.G. CANCINO H.

Elaborado por:	OGC	:	MC. CECILIA MENA SAAVEDRA MC. CESAR MOSTACERO CASTILLO LIC. ROSA ELENA ARROYO ALFARO LIC. ROSA ELENA RIOS CONTRERAS
Revisado por:	DAGC OAJ OEPE OEA	: : : :	MC. JOSÉ MARIA HERRERA VARGAS ABOG. RUBÉN HERRERA MESTANZA LIC. MILTON CANCINO HERNÁNDEZ ABOG. ROBERTO MEDINA RIVEROS
Aprobado por:	DG.	:	MC. JESÚS AMÉRICO BRICEÑO VICUÑA
Resolución Directoral Nº			Fecha:

INDICE

I. INTRODUCCIÓN.....Pág.03

II. FINALIDAD.....Pág.03

III. BASE LEGAL.....Pág.04-05

IV. AMBITO DE APLICACIÓN.....Pág.05

V. GENERALIDADES.....Pág.05-10

5.1 Principios y Valores.....Pág.05-06

5.2 Visión y Misión.....Pág.06

5.3 Soporte político normativo del Plan Estratégico Gobierno Regional del Callao 2019-2021 y Política Nacional de Calidad en Salud.....Pág.07-10

VI. SITUACIÓN ACTUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN EN LA CALIDAD EN EL HNDAC.....Pág.11-44

6.1 Organización del Sistema de Gestión de la Calidad (SGCS) en el HNDAC.....Pág.12-14

6.2 Actividades 2019 por Línea Estratégica del Sistema de Gestión de la Calidad en el HNDAC.....Pág.15-42

6.3 Análisis FODA- OGC del Hospital Nacional Daniel A. Carrión.....Pág.43

6.4 Estrategias.....Pág.44

VII. OBJETIVOS.....Pág.44-45

7.1 Objetivo General.....Pág.44

7.2 Objetivos Específicos.....Pág.44-45

VIII. DESARROLLOS DE ACTIVIDADES.....Pág.45-47

IX. MONITOREO Y EVALUACIÓN.....Pág.48

X. PERIODO DE VIGENCIA.....Pág.48

XI. PRESUPUESTO.....Pág.48-49

XII. CUADRO DE ACTIVIDADES Y ATRIBUTOS.....Pág. 50-57

XIII. ANEXOS.....Pág.58-62

R. HERRERA M.

M.G. CANCINO H.

PLAN ANUAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD – 2020
HOSPITAL NACIONAL "DANIEL ALCIDES CARRIÓN"

I. INTRODUCCION

El Ministerio de Salud inicia el proceso de diseño e implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud (SGCS) en el año 2001 con la aprobación del Documento Técnico Sistema de Gestión de la Calidad en Salud que fue actualizado en el 2006. En el año 2007 se aprueba el Plan Nacional Concertado de Salud, el cual contempla al "Mejoramiento progresivo del acceso a los servicios de salud de calidad" como Lineamiento de Política en Salud. En el año 2009 el Ministerio de Salud formula la Política Nacional de Calidad en Salud y se promulga la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud que debe garantizar a la población la provisión de un conjunto de atenciones sobre las cuales se otorgan garantías explícitas de calidad y oportunidad, y en ese mismo año se promulga la Ley N° 29414, que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud, los que pueden ser considerados como atributos de la calidad.

En ese contexto el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión desde el año 2004 implementa y establece la Oficina de Gestión de la Calidad como órgano asesor encargado de implementar el SGCS en el Hospital, la cual viene desarrollando de manera sistemática , con la participación activa de los colaboradores de los Departamentos y Oficinas del HNDAC, un conjunto de actividades que orienten y promuevan una mejora continua en la calidad de atención en salud, planificadas, en ejes de trabajo priorizados, como son la Auditoría de la Calidad de Atención en Salud, la Autoevaluación como primera fase de la Acreditación en Salud, la Seguridad del Paciente y Gestión de Riesgos, la Información para la toma de decisiones y mejora de la calidad de la atención como son el estudio de satisfacción del usuario externo, reclamos, tiempo de espera e indicadores de calidad.

Como Hospital de nivel III-1 necesitamos avanzar en la estructuración de un real y concreto SISTEMA de GESTION de LA CALIDAD integrado al SISTEMA DE GESTIÓN HOSPITALARIA en aras de lograr la acreditación hospitalaria, toda vez que ello significará cumplir con estándares que garanticen la calidad de atención en salud, la seguridad del paciente, el trato humano y la satisfacción del usuario interno y externo.

En el marco de la visión, misión, políticas y objetivos estratégicos institucionales el presente Plan de Gestión de la Calidad en Salud 2020 define las estrategias y actividades a implementar que contribuyan a una mejora en la calidad de la atención en salud, promoviendo el desarrollo de una cultura de calidad y seguridad de la atención, sensible a las necesidades y expectativas de los usuarios internos y externos.

II. FINALIDAD

Contribuir a la Implementación del Sistema de Gestión de Calidad en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión.

A. Medina R.

R. HERRERA M.

M.G. CANCINO H.

III. BASE LEGAL

- ✓ Ley Nº 26842 Ley General de Salud.
- ✓ Ley Nº 29889, Ley que modifica el artículo 11 de la Ley 26842, Ley General de Salud, y garantiza los derechos de las personas con problemas de salud mental
- ✓ Ley N° 27783, Ley de Bases de la Descentralización
- ✓ Ley N° 27867- Ley Orgánica de Gobiernos Regionales.
- ✓ Ley 29414. Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud.
- ✓ Ordenanza Regional Nº 000006, aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional "Daniel Alcides Carrión".
- ✓ Ordenanza Regional Nº 000012, aprueba el Cuadro para Asignación de Personal del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión.
- ✓ Decreto Supremo Nº 013-2006/SA, aprueba el Reglamento de los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- ✓ Decreto Supremo N° 027-2015-SA, aprueba el Reglamento de la Ley N° 29414, Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los servicios de Salud.
- ✓ Decreto Supremo N° 030-2016-SA, aprueba el Reglamento para la atención de los Reclamos y Quejas de usuarios de las IAFAS, IPRESS e UGIPRESS, públicas, privadas o mixtas.
- ✓ Decreto Supremo N° 008-2017-SA, aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- ✓ Resolución Ministerial Nº 519-2006/MINSA, aprueba el Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud".
- ✓ Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, aprueba la NT N° 050-MINSA/DGSP-V02: "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".
- ✓ Resolución Ministerial Nº 596-2007/MINSA, aprueba el Plan Nacional de Gestión de la Calidad en Salud.
- ✓ Resolución Ministerial Nº 727–2009/MINSA, aprueba el Documento Técnico "Política Nacional de Calidad en Salud".
- ✓ Resolución Ministerial Nº 1021-2010/MINSA, aprueba la Guía Técnica de Implementación de la Lista de Chequeo de Cirugía Segura.
- ✓ Resolución Ministerial Nº 468-2011/MINSA que aprueba el Documento Técnico: Metodología para el estudio del Clima Organizacional. V 02
- ✓ Resolución Ministerial Nº 527-2011/MINSA que aprueba la Guía Técnica para la Evaluación de la Satisfacción del Usuario Externo en los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- ✓ Resolución Ministerial Nº 095-2012/MINSA, que aprueba la Guía Técnica para la elaboración de Proyectos de Mejora y la aplicación de Técnicas y herramientas para la Gestión de la Calidad.
- ✓ Resolución Ministerial N° 168-2015/MINSA, aprueba el Documento Técnico "Lineamientos para la vigilancia, prevención y control de las infecciones asociadas a la atención en salud".
- ✓ Resolución Ministerial N° 302-2015/MINSA, aprueba la Norma Técnica de Salud para la elaboración y uso de las Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud".
- ✓ Resolución Ministerial N° 414-2015/MINSA, aprueba el Documento Técnico: Metodología para la elaboración de Guías de Práctica Clínica.
- ✓ Resolución Ministerial 850- 2016/MINSA, aprueba las Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud"
- ✓ Resolución Ministerial N° 255-2016/MINSA, aprueba la Guía Técnica para la implementación del proceso de higiene de manos.

A. Medina R.

R. HERRERA M.

M.G. CANCINO H.

- ✓ Resolución Ministerial Nº 502-2016/MINSA que aprueba la NT Nº 029-MINSA/DIGEPRES-V.02 "Norma Técnica de Salud de Auditoria de la Calidad de Atención en Salud".
- ✓ Resolución Ministerial N° 896-2017/MINSA, crea, en la Secretaría General del Ministerio de Salud, la Unidad Funcional de Gestión de la Calidad en Salud.
- ✓ Resolución Ministerial Nº 2018 aprueba la Norma Técnica de Salud de Gestión de la Historia Clínica"
- ✓ Resolución Ejecutiva Regional N° 000360, aprueba el Plan Estratégico Regional 2019-2021.

IV. ÁMBITO DE APLICACIÓN

El presente plan aplica para todas los Departamentos, Servicios y Oficinas del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión.

V. GENERALIDADES

5.1 PRINCIPIOS Y VALORES

5.1.1. PRINCIPIOS Y VALORES INSTITUCIONALES

PRINCIPIOS
Respeto a la Vida, Dignidad Humana y Cultura de Paz
Equidad y Solidaridad
Calidad y Calidez en la atención
Compromiso Social
Eficacia y Proactividad
Transparencia y Eficiencia
Trabajo en Equipo
Comunicación Efectiva y Asertiva
Enfoque al Usuario

VALORES
Responsabilidad
Honradez y **H**umildad
Etica y **M**oral
Pertenencia
Liderazgo
Innovación
Civismo
Orientación a Resultados

A. Medina R.

R. HERRERA M.

M.G. CANCINO H.

5.1.2 PRINCIPIOS DEL SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD EN SALUD

Los principios en los que se fundamenta el Sistema de Gestión de la Calidad en Salud establecidos en la Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud", son:

- **Enfoque al usuario**: las organizaciones dependen de sus usuarios; por lo tanto, deben entender sus necesidades presentes y futuras, satisfacer sus demandas específicas y esforzarse en exceder sus expectativas.
- **Liderazgo:** el cumplimiento de los objetivos de la calidad, requiere de líderes que conduzcan a sus establecimientos a la mejora continua.
- **Participación del personal**: el personal de todos los niveles a la esencia de la organización, pues mediante su compromiso posibilita el uso de sus habilidades y conocimientos en beneficio de la calidad.
- **Enfoque basado en procesos**: un resultado deseado se alcanza más eficientemente cuando las actividades y los recursos relacionados se gestionan con un proceso.
- **Enfoque sistémico para la gestión**: identificar, comprender y gestionar los procesos interrelacionados como un sistema, contribuye a la eficacia y eficiencia de la organización.
- **Mejora continua de la calidad**: la mejora continua del desempeño global de la organización debe generar una necesidad permanente de elevar los estándares de calidad técnicos, humanos y administrativos.
- **Toma de decisiones basadas en evidencia**: las decisiones eficaces se basan en el análisis de los datos y la información.
- **Relaciones mutuamente beneficiosas con el proveedor**: una organización y sus proveedores son interdependientes en la generación de un valor.

A. Medina R.

R. HERRERA M.

M.G. CANCINO H.

5.2 VISIÓN y MISIÓN

5.2.1 VISIÓN: El Hospital Nacional Daniel A. Carrión es una institución acreditada. Reconocido por su excelencia en el manejo especializado de la salud, con talento humano capacitado y recertificado; con una cultura organizacional proactiva, gestión eficiente e innovadora, desarrollando procesos de mejora continua y que ha logrado la satisfacción de los usuarios.

5.2.2 MISIÓN: Somos un Hospital Nacional, categoría III-1, en la Región Callao, comprometidos con la salud de la población, que brinda atención especializada e integral con trato digno, solidario, y respetuoso de la interculturalidad e igualdad de género; con equipos multidisciplinarios altamente capacitados y tecnología moderna; que desarrolla actividades de docencia e investigación.

5.3 SOPORTE POLÍTICO NORMATIVO DEL PLAN ESTRATÉGICO GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO 2019-2021 Y POLÍTICA NACIONAL DE CALIDAD EN SALUD

5.3.1 LINEAMIENTOS DE POLITICA

Lineamiento 1 Fortalecer la gestión eficiente del sistema salud.

Lineamiento 2 Garantizar la cobertura, calidad y oportunidad de la atención de salud, con énfasis en la población infantil y reducción de la anemia en niños y niñas menores de 05 años y gestantes adolescentes, con enfoque de prevención.

Lineamiento 3 Incrementar la calidad de los aprendizajes y el talento de los niños y niñas y adolescentes.

Lineamiento 4
Fortalecer los procesos de gestión del riesgo de desastres, con énfasis en prevención.

Lineamiento 5 Prevención de la violencia y el delito a fin de implementar espacios públicos seguros, con énfasis en la delincuencia común y organizada.

Lineamiento 6 ; Mejorar los procesos de modernización de la gestión pública para atender efectivamente las necesidades ciudadanas, considerandoo sus condiciones de vulnerabilidad y diversidad cultural construyendo consensos para el desarrollo de la Democracia.

Lineamiento 7 Promover la gestión del territorio para la sostenibilidad del uso y la ocupación ordenada del territorio en armonía con las condiciones ambientales y de seguridad física.

Lineamiento 8 Promover la gestión del territorio para la sostenibilidad del uso y la ocupación ordenada del territorio en armonía con las condiciones ambientales y de seguridad física.

Lineamiento 9 Promover el desarrollo de una economía diversificada, sostenible, competitiva e inclusiva, como base del empleo digno y productivo, incorporando el uso de las tecnologías.

Lineamiento 10 Fortalecer la evaluación del desempeño de la entidad en el marco de una gestión de resultado a través del uso de tecnología e indicadores.

Lineamiento 11 Implementar el sistema de control interno, con enfoque en la transparencia, para el uso eficiente de los recursos públicos.

Lineamiento 12 Desarrollar una gestión institucional con igualdad e inclusión social y con enfoque de derechos y género: así como de protección frente a la violencia de la población más vulnerable.

A. Medina R.

R. HERRERA M.

M.G. CANCINO

5.3.2 ACCIONES ESTRATEGICAS INSTITUCIONALES DEL PLAN ESTRATEGICO GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO 2019-2021

CUADRO N° 01

OEI.02 : GARANTIZAR LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LOS SERVICIOS DE SALUD A LA POBLACIÓN

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	INDICADORES	METAS AL 2021
AEI. 02.01	Atención integral para reducir la morbimortalidad materno neonatal	Porcentaje de gestante en los últimos nacimientos en los 5 años antes de la encuesta recibieron 6 o más controles prenatales	68.80%
AEI. 02.02	Atención integral para reducir la desnutrición crónica de niños y niñas menores de 5 años	Porcentaje de niños y niñas de 6 a menos de 36 meses de edad con prevalencia de anemia	19.00%
		Porcentaje de niños y niñas Menores de 5 años con desnutrición crónica	
AEI. 02.03	Atención a enfermedades transmisibles de manera integral a la población de la Provincia Constitucional del Callao	Porcentaje de despistaje de tuberculosis en sintomáticos respiratorios identificados a mayores de 15 años.	5.90%
AEI. 02.04	Atención a enfermedades no transmisibles de manera integral a la población de la Provincia Constitucional del Callao	Número de personas en situación de pobreza y pobreza extrema de 18 años a más con diagnóstico de hipertensión arterial que recibe tratamiento para el control de su enfermedad	28.651%
AEI. 02.05	Atención para la disminución de la mortalidad por emergencia y urgencias médicas de forma Oportuna a la población	Porcentaje de atención de la emergencias y urgencias médicas en establecimientos de salud	55.30%
AEI. 02.06	Atención integral para disminuir las condiciones secundarias de las personas con discapacidad	Porcentaje de pacientes con discapacidad que reciben atención en rehabilitación	70.00%
AEI. 02.07	Atención integral para el control y prevención de salud mental a la población	Porcentaje de las personas detectadas con problemas psico-sociales tienen diagnóstico y tratamiento	67.00%
AEI. 02.08	Infraestructura de salud en condiciones adecuadas para su funcionamiento en la Provincia Constitucional del Callao	Porcentaje de establecimientos de salud del primer nivel de atención con capacidad instalada inadecuada	63.00%

A. Medina R.

R. HERRERA M.

M.G. CANCINO H.

5.3.3 POLITICA NACIONAL DE CALIDAD EN SALUD

El Ministerio de Salud, en ejercicio de su función rectora, formuló en el 2009 la Política Nacional de Calidad en salud con la finalidad de contribuir a la mejora de la calidad de la atención en las organizaciones proveedoras de servicios de salud; estableciendo objetivos y estrategias:

CUADRO N° 2

POLITICA NACIONAL DE CALIDAD EN SALUD (RM N° 727-2009/MINSA)		
POLITICA	OBJETIVO	ESTRATEGIAS
SEXTA: LAS ORGANIZACIONES PROVEEDORAS DE ATENCION DE SALUD, ESTABLECEN Y DIRIGEN LAS ESTRATEGIAS DE IMPLEMENTACIÓN DE LA POLÍTICA NACIONAL DE CALIDAD, MEDIANTE SISTEMAS Y PROCESOS ORGANIZACIONALES ORIENTADOS AL DESARROLLO DE UNA CULTURA CENTRADA EN LAS PERSONAS Y QUE HACE DE LA MEJORA CONTINUA SU TAREA CENTRAL.	GARANTIZAR LA ADECUADA IMPLEMENTACIÓN DE LAS POLÍTICAS DE CALIDAD	IMPLEMENTACIÓN DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD.
SEPTIMA: LAS ORGANIZACIONES PROVEEDORAS DE ATENCION DE SALUD ASUMEN COMO RESPONSABILIDAD QUE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD Y SERVICIOS MEDICOS DE APOYO BAJO SU ADMINISTRACION CUMPLAN LAS NORMAS Y ESTÁNDARES DE INFRAESTRUCTURA, EQUIPAMIENTO, DE APORVISIONAMIENTO DE INSUMOS, DE PROCESOS Y RESULTADOS DE ATENCIÓN; APROBADOS POR LA AUTORIDAD SANITARIA E IMPLEMENTEN ACCIONES DE MEJORA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN	MEJORAR LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD DE MANERA SISTEMÁTICA Y PERMANENTE	ACREDITACIÓN DE LOS ESTABLECIMIENTOS Y SERVICIOS MÉDICOS DE APOYO IMPLEMENTACIÓN DE PLANES, PROGRAMAS Y PROCESOS DE MEJORA DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD Y SERVICIOS MÉDICOS DE APOYO
OCTAVA: LAS ORGANIZACIONES PROVEEDORAS DE ATENCION DE SALUD ASUMEN COMO RESPONSABILIDAD QUE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD Y SERVICIOS MEDICOS DE APOYO BAJO SU ADMINISTRACION, IMPLEMEMTEN MECANISMOS PARA LA GESTIÓN DE RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN	REDUCIR LA OCURRENCIA DE EVENTOS ADVERSOS DURANTE EL PROCESO DE ATENCIÓN DE SALUD Y ATENUAR SUS EFECTOS	IMPLEMENTACIÓN DE MECANISMOS DE INFORMACIÓN SOBRE LA OCURRENCIA DE INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS IMPLEMENTACION DE PLANES DE SEGURIDAD PARA LA GESTIÓN DE LA REDUCCIÓN Y MITIGACIÓN DE LOS RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN.
NOVENA: LAS ORGANIZACIONES PROVEEDORAS DE ATENCION DE SALUD ASUMEN COMO RESPONSABILIDAD QUE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD Y SERVICIOS MEDICOS DE APOYO BAJO SU ADMINISTRACION, PROTEJAN LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS, PROMUEVAN Y VELEN POR UN TRATO DIGNO, ASISMISMO, FOMENETEN PRÁCTICAS DE ATENCIÓN ADECUADAS A LOS ENFOQUES DE INTERCULTURALIDAD Y GÉNERO Y BRINDEN LAS FACILIDADES PARA EL EJERCICIO DE LA VIGILANCIA CIUDADANA DE LA ATENCIÓN DE SALUD.	GARANTIZAR EL PLENO EJERCICIO DEL DERECHO A LA SALUD DE LOS USUARIOS CON ENFOQUE DE LA INTERCULTURALIDAD	IMPLEMENTACION DE INSTANCIAS Y MECANISMOS DE PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS. PROMOCIÓN DE PRÁCTICAS DE ATENCIÓN ORIENTADAS POR LOS ENFOQUES DE INTERCULTURALIDAD Y GÉNERO. IMPLEMENTACIÓN DE MECANISMOS PARA EL ACCESO A LA INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN BRINDADA A LOS USUARIOS.
DECIMA: LAS ORGANIZACIONES PROVEEDORAS DE ATENCION DE SALUD ASUMEN COMO RESPONSABILIDAD QUE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD Y SERVICIOS MEDICOS DE APOYO BAJO SU ADMINISTRACION, GARANTICEN LAS COMPETENCIAS LABORALES DE LOS TRABAJADORES QUE PROVEEN LA ATENCIÓN, BRINDEN ADECUADAS CONDICIONES DE TRABAJO Y PROTECCIÓN FRENTE A LOS RIESGOS LABORALES E INCENTIVEN A SUS TRABAJADORES EN RELACIÓN A LA MEJORA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN.	GARANTIZAR LA COMPTENCIA, SEGURIDAD Y MOTIVACIÓN DEL PERSONAL DE SALUD	EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO LABORAL DE LOS TRABAJADORES IMPLEMENTACIÓN DE PLANES Y PROGRAMAS DE DESARROLLO DE COMPETENCIAS LABORALES SUPERVISIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN DE NORMAS PARA LA PREVENCIÓN DE RIESGOS OCUPACIONALES DERIVADOS DE LA ATENCIÓN.
UNDECIMA: LAS ORGANIZACIONES PROVEEDORAS DE ATENCION DE SALUD ASUMEN COMO RESPONSABILIDAD QUE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD Y SERVICIOS MEDICOS DE APOYO BAJO SU ADMINISTRACION, LOS RECURSOS NECESARIOS PARA LA GESTIÓN DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD.	ASEGURAR LOS RECURSOS NECESARIOS PARA LA GESTIÓN DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD Y SERVICIOS MÉDICOS DE APOYO.	CONSIGNACIÓN DE LOS RECURSOS DESTINADOS A LA GESTIÓN DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN CADA ORGANIZACIÓN PROVEEDORA DE ATENCIÓN DE SALUD EN EL RESPECTIVO PRESUPUESTO, DE ACUERDO A LA NORMATIVA QUE LE ES PERTINENTE.

DOCUMENTO TÉCNICO: **POLÍTICA NACIONAL DE CALIDAD EN SALUD**. RM N° 727-2009/MINSA

A. Medina R.

R. HERRERA M.

M.G. CANCINO H

5.3.4 POLÍTICAS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

Las Políticas del Ministerio de Salud que orientan a la gestión de la calidad se fundamentan en el reconocimiento del derecho a la salud y en el principio de "Salud para todos", que demanda calidad y no sólo cantidad en la oferta de servicios de salud. A fines del año 2001 se dio un paso importante en el proceso de formación de la política pública de calidad en salud a nivel sectorial, con la publicación del Documento Técnico del Sistema de Gestión de Calidad en Salud del Ministerio de Salud, aprobada por R.M. N° 768-2001-SA/DM. Este documento contiene la primera formulación de la política de calidad en salud, que luego sufre algunas modificaciones que son recogidas en la nueva versión del Documento Técnico en mención, aprobado por R.M. N° 519-2006/MINSA.

CUADRO N° 3

POLITICAS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD (RM N° 519-2006/MINSA)	
POLITICA	
CON RELACIÓN A LAS PERSONAS	Provisión de servicios de salud seguros, oportunos, accesibles y equitativos.
	Calidad con enfoque de interculturalidad y de género
	Búsqueda de satisfaccdión de los usuarios
	Acceso a los mecanismos de atención al usuario
CON RELACIÓN A LOS TRABAJADORES	Cultura ética de la calidad
	Trabajo en equipo
	Círculos de la calidad
CON RELACIÓN A LAS UNIDADES PRESTADORAS DE SALUD	Ejercer la rectoría del Ministerio de Salud
	Gestión de recursos para la calidad en salud
	Regulación complementaria en loS niveles regionales
	Evaluación del proceso de atención de salud
CON RELACIÓN A LA SOCIEDAD	Participación social para la calidad en salud
	Involucramiento comunitario para la calidad en salud
	Veeduría ciudadana de calidad en salud
CON RELACIÓN AL ESTADO	Calidad como política de estado

A. Medina R.

R. HERRERA M

M.G. CANCINO H.

VI. SITUACIÓN ACTUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN EL HNDAC

El Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Categoría III-1, referencial a nivel de la Región Callao y a nivel Nacional, no tiene población asignada para la programación de la atención de salud. Brinda sus servicios a la población demandante que lo requiera directamente y a aquellos que por la complejidad de su problema de salud, son referidos a nuestro establecimiento.

El HNDAC maneja un promedio de 563 camas en hospitalización para satisfacer la demanda de las especialidades de Medicina, Ginecología, Pediatría, Cirugía y Oncología; asimismo cuenta con servicios de atención de pacientes críticos como las Unidades de Cuidados Intensivos e Intermedios Adultos, Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos y Unidades de Cuidados Intensivos e Intermedios Neonatal; un Pabellón de Quemados, un Servicio de Emergencia con Unidades de Shock Trauma Adultos y Pediátrica, Unidad de Cuidados y Monitoreo de Emergencia, Salas de Observación de Adultos y Niños, Tópicos de Medicina (Prioridad II, Prioridad III y IV), Pediatría, Cirugía, Traumatología y Ginecología-Obstetricia.

Tiene Centros Quirúrgicos para cirugías electivas (05 operativas de 08 salas), cirugías de emergencia (02 operativas de 04 salas) y cirugía de día (02/02) y una Sala de Operaciones de Oftalmología. Cuenta con 143 Consultorios Externos en las áreas de Medicina, Cirugía, Ginecología, Pediatría, Oncología, Medicina de Rehabilitación, Odontoestomatología, Psicología, entre otros.

A lo largo de los años la población que se atiende en el HNDAC procede principalmente del Callao y sus distritos, con un predominio del género femenino. Durante el 2019 el número de atenciones ambulatorias registradas han sido de 512,417, con un rendimiento hora médico de 3.23. En Hospitalización hubieron 17,046 egresos hospitalarios en el año, con un porcentaje de ocupación de cama de 76.1%, y una estancia promedio de 8.25 días. En el Servicio de Emergencia se han registrado 102,622 atenciones anuales,

En el año 2019 se realizaron 10,021 intervenciones quirúrgicas, se atendieron 3,729 partos, con un porcentaje de cesáreas 41.01%; siendo el número de recién nacidos vivos 3,729. Asimismo se alcanzó una tasa bruta de mortalidad de 3.1%, razón de Emergencia/Consulta Externa de 0.20 y el porcentaje de Intervenciones Quirúrgicas suspendidas de 9.18%. (Cuadro N° 4)

A. Medina R.

R. HERRERA M.

M.G. CANCINO H.

CUADRO N° 04

INDICADORES DE GESTION HOSPITALARIA – 2019 - HNDAC

INDICADOR	2015	2016	2017	2018	2019
Número de atenciones ambulatorias	534,502	559,810	551,550	536,189	512,417
Número de atenciones por Emergencia	102,807	108,343	95,508	104,478	102,622
Número de Egresos hospitalarios	15,337	16,808	16,550	16,450	17,046
Número de intervenciones quirúrgicas	9,008	10,209	9,661	9,986	10,021
Número de recién nacidos vivos	3,983	3,868	4,265	4,040	3,729
Porcentaje de cesáreas	41.27	29.6	33.19	34.4	41.01
Rendimiento hora médico	3	3.4	3.43	3.41	3.23
Tiempo promedio de hospitalización	8.03	8	7.75	8.68	8.25
Porcentaje de ocupación de cama	80.4	82	78.2	85.8	76.16
Tasa bruta de mortalidad	3	4.2	3.6	3.4	3.1
Razón de Emergencia/Consulta externa	0.3	0.37	0.39	0.45	0.2
Porcentaje de Intervenciones Quirúrgicas suspendidas	11.6	9.42	10.97	7	9.18

Fuente: Unidad de Estadística- Oficina de Estadística y Sistemas Informáticos-HNDAC.
Página web: www.hndac.gob.pe

A. Medina R.

6.1 ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD (SGCS) EN EL HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN

6.1.1 DE LA OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

a) Funciones:

- Establecer en coordinación con el Equipo de Gestión del Hospital Nacional los estándares e indicadores para la evaluación de la calidad de las prestaciones.
- Establecer e implementar estrategias de monitoreo y aplicación de guías de práctica clínica.
- Diseñar e implementar los sistemas de evaluación, mantenimiento y garantía de la calidad de atención; proponer mecanismos de mejora.
- Implementar y garantizar el desarrollo de los procesos de auto evaluación y acreditación de establecimiento y el sistema de auditoria de la calidad de atención en salud, según la normativa vigente.
- Brindar asistencia técnica en métodos, herramientas e instrumentos de la calidad, para la mejora continua de las prestaciones de salud.
- Implementar y desarrollar el sistema de seguridad del paciente del hospital, de acuerdo a la normatividad vigente.
- Participar en las actividades de control interno previo, simultáneo y posterior en el ámbito de su competencia.
- Las otras funciones que se delegue o sean dadas por norma expresa.

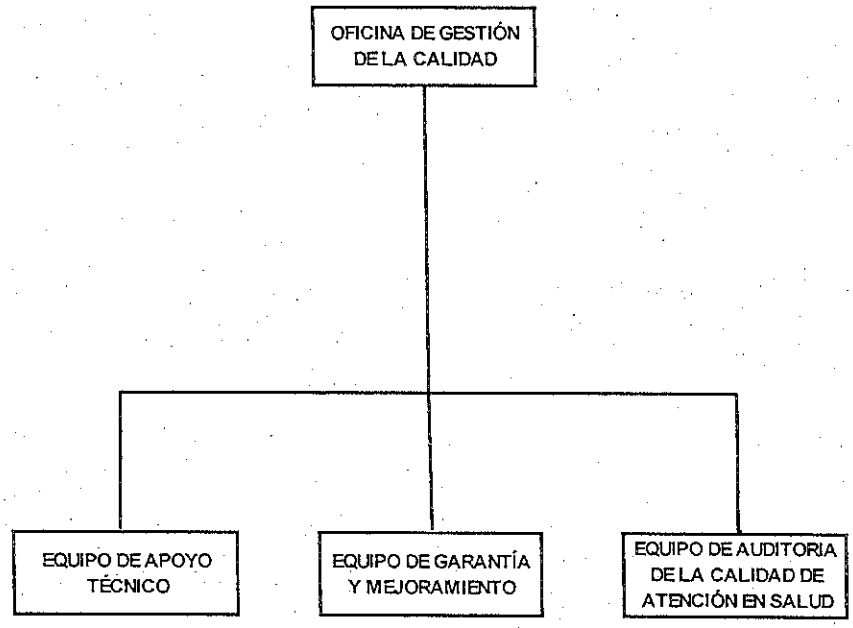
R. HERRERA M.

M.G. CANCINO H.

b. Estructura Funcional:

La Oficina de Gestión de la Calidad tiene la siguiente estructura Funcional:

Figura N° 1



- **Equipo de Apoyo Técnico.-** Encargada de Diseñar, implementar, evaluar y monitorear el sistema de información para la Calidad, Diseñar, aplicar y analizar los sistemas de medición de satisfacción del usuario interno y externo, Elaborar informes técnicos e incluir recomendaciones para mejora continua de la calidad. Además, por delegación, se encarga de realizar íntegramente el proceso de Autoevaluación.

- **Equipo de Garantía y Mejoramiento.**-Encargada de Brindar asistencia técnica a las diferentes unidades orgánicas respecto a metodologías, herramientas de calidad para la implementación de Proyectos de mejora identificados, asesorar en la formulación e implementación de las normas, procesos, y procedimientos técnico administrativo y asistencial. Aunque le correspondería participar en todo proceso relativo a la acreditación y autoevaluación, esto ha sido delegado según se mencionó en el párrafo anterior.

- **Equipo de Auditoria de la Calidad de Atención en Salud.-** Encargada de Elaborar e implementar el Plan de Auditoria de la Calidad de Atención en Salud, realizar el seguimiento de las recomendaciones respecto a las Auditorias de la Calidad de Atención en Salud. Requiere mejorar su performance y fluidez en las tareas de auditoría. El Coordinador tiene el gran reto de consolidar la labor de los Equipos de Auditoría de los Departamentos, además de sus labores habituales establecidas.

A. Medina R.

R. HERRERA M.

M.G. CANCINO H.

c) Recursos Humanos:

En relación a los recursos humanos, la Oficina de Gestión de la Calidad del HNDAC, cuenta actualmente con 07 trabajadores a tiempo completo, involucrados directamente en las actividades de promoción y gestión de la calidad. El médico coordinador de Auditoría se encuentra a tiempo parcial, pues es programado en actividades del Departamento de Cirugía y es jefe del Departamento de Atención Ambulatoria y Hospitalización. Se han conformado los Comités de Auditoría Médica y de Auditoria en Salud. Los integrantes de los Comités de Auditoría, con excepción de un médico auditor pertenecen a otros Departamentos y están sujetos a la disponibilidad de tiempo que les puedan brindar sus jefes de Departamentos para acudir a sesionar en la OGC, evidenciándose durante el 2019 un importante compromiso de las jefaturas. Así mismo a la fecha se cuenta con dos Equipos de Auditoría adscritos al Comité de Auditoría en Salud (Departamentos de Ginecología y Obstetricia y de Enfermería).

d) Infraestructura y equipamiento

En relación a la infraestructura y equipamiento, la OGC cuenta con una oficina instalada y acondicionada con el equipamiento respectivo para cada unidad; gracias a un proyecto presentado al Gobierno Regional, el cual fue aprobado, ejecutado y entregado en el año 2012. Sin embargo se requiere ampliar el ambiente y que se disponga de presupuesto para mantenimiento de infraestructura, mobiliario y equipos de cómputo.

A. Medina R.

6.1.2 COMITÉS Y EQUIPOS DE TRABAJO RESPONSABLES DE LAS LINEAS ESTRATEGICAS DE CALIDAD

- Comité de Seguridad del Paciente y Gestión de Riesgos (RD N° 155-2015-DG-HNDAC)
- Comité de Auditoría Médica (RD N° 346-2017-DG-HNDAC)
- Comité de Auditoria en Salud (RD N° 003-2017-DG-HNDAC)
- Comité de Acreditación (R.D. N° 050-2020-DG-HNDAC)
- Comité de Farmacovigilancia y Tecnovigilancia (RD N° 474-2017-DG-HNDAC)
- Comité de Prevención y Control de Infecciones Asociadas a la Atención de Salud (RD N° 040-2017-DG-HNDAC)
- Comité de Clima organizacional (RD N° 070-2017-DG-HNDAC)
- Comité de Prevención de Muerte Materna y perinatal (RD N° 389-2019-DG-HNDAC)
- Comité de Historia Clínica (RD N° 051-2019-DG-HNDAC)
- Equipo de Ronda de Seguridad del Paciente (RD N° 075-2020-DG-HNDAC)
- Equipo de Evaluadores internos (RD N° 232-2019-HNDAC)
- Equipo Conductor de la Lista de verificación de Seguridad de la Cirugía (RD N° 360-2018-DG-HNDAC)

R. HERRERA M.

M.G. CANCINO H.

- Equipo de Auditoría del Departamento de Enfermería (RD N°179-2018-DG-HNDAC)
- Equipo de Auditoría del Departamento de Ginecología y Obstetricia (RD N° 325-2019-DG-HNDAC)
- Equipo Metodológico para la asistencia técnica en la elaboración y revisión de guías técnicas del HNDAC (RD N° 363-2019-DG-HNDAC)
- Círculos de Calidad (RD N° 357-2018-DG-HNDAC)

6.2 ACTIVIDADES 2019 POR LINEAS ESTRATÉGICAS DEL SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD EN EL HNDAC

6.2.1 Sistema de Gestión de la Calidad:

En el año 2019 se han desarrollado actividades del Sistema de Gestión de la Calidad que la OGC impulsa: el proceso de Auditoria de la Calidad en salud, el proceso de Autoevaluación anual, la medición semestral del grado de satisfacción del usuario externo, la medición anual de los tiempos de espera en consulta externa; el monitoreo y análisis de eventos adversos, las Rondas de Seguridad del Paciente, el cumplimiento de la aplicación de la Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía, Higiene de Manos; se está promoviendo el Proyecto de Mejora Continua de la Calidad "Adaptación de la estrategia multimodal de la OMS para mejorar la Adherencia a la higiene de Manos en el HNDAC. La situación financiera del HNDAC, las recargadas labores asistenciales para los colaboradores de otras oficinas y departamentos que dificultan una participación activa en la implementación de un SGCS, y la falta de una adecuada organización y estructura de cargos en la Oficina han tenido repercusiones en el cumplimiento de los objetivos propuestos.

6.2.2 Acreditación

En el aspecto de Acreditación hospitalaria nuestra institución ha realizado desde el 2009 nueve autoevaluaciones, y hemos obtenido en todos estos años una cifra lejana del mínimo requerido (85%). En el 2019 se inició la autoevaluación en el mes de noviembre, gracias a la participación activa, responsable y comprometida de un grupo de colaboradores institucionales que conforman el Equipo de Evaluadores internos, y a la fecha de la elaboración del presente Plan se está consolidando la información para la presentación del Informe final de Autoevaluación 2019 y propuesta del Plan de Mejora de la autoevaluación dirigido a disminuir las brechas encontradas

En ese sentido informamos que en el 2018 se inició la autoevaluación en el mes de Octubre, con la participación del Equipo de evaluadores internos, cuyos resultados alcanzaron un puntaje final de cumplimiento de 53 % en los 21 macroproceso evaluados. Los resultados obtenidos de los Macroprocesos Gerenciales alcanzaron un puntaje de 69.23%, los macroprocesos misionales de 46.03%, y observamos con preocupación que el cumplimiento de estándares y criterios en los macroprocesos de apoyo alcanzó el más bajo puntaje con el 42.35%, siendo estos fundamentales para lograr los objetivos de los macroprocesos Gerenciales y Misionales.

A. Medina R.

R. HERRERA M.

M.G. CANCINO H

CUADRO N° 05

PROPORCIÓN DE CUMPLIMINETO POR MACROPROCESOS
AUTOEVALUACIÓN-2018

MACROPROCESO	% DE CUMPLIMIENTO DE CRITERIOS SEGÚN MACROPROCESOS	% ALCANZADO / MACROPROCESOS SEGÚN GRADO DE CUMPLIMIENTO
Menor al 50%		% total de Macroprocesos menor a 50%
Atención de emergencias	47.37	52.38
Gestión de seguridad ante desastres	44.64	
Atención Ambulatoria	42.5	
Gestión de medicamentos	38.46	
Atención Quirúrgica	38.3	
Apoyo al diagnóstico y tratamiento	34.09	
Referencia y contrarreferencia	32.35	
Admisión y alta	27.14	
Gestión de la información	15.22	
Gestión de equipos e infraestructura	8.82	
Gestión de insumos y materiales	7.69	
50 al 69%		% total de Macroprocesos 50 al 69%
Manejo de nutrición en pacientes	67.65	23.8
Descontaminación, limpieza, desinfección y esterilización	67.24	
Gestión de la calidad	63.41	
Control de gestión y prestación	59.62	
Atención de hospitalización	51.85	
70 al 84%		% total de Macroprocesos 70 al 84%
Direccionamiento	82.35	9.52
Manejo del riesgo de la atención	74.18	
85% a más		% total de Macroprocesos 85% a más
Docencia e investigación	100	14.28
Manejo del riesgo Social	100	
Gestión de Recursos Humanos	91.18	

En el presente cuadro podemos observar que del total de 21 macroprocesos evaluados, 11 (52.36%) alcanzaron un puntaje de cumplimiento menor al 50%, obteniendo los más bajos puntajes: Gestión de la Información con 15.22%, Gestión de Equipos e Infraestructura con 8.82%, y Gestión de Insumos y Materiales con 7.69%, así como los Macroprocesos misionales de Atención en emergencia, atención ambulatoria y atención quirúrgica.

A. Medina R.

R. HERRERA M.

M.G. CANCINO H.

CUADRO N° 06

COMPARATIVO DE LOS PUNTAJES OBTENIDOS POR MACROPROCESOS

2015-2018

Clasificación de los Macroprocesos	Macroprocesos	Cumplimiento x macroproceso 2015	Cumplimiento x macroproceso 2016	Cumplimiento x macroproceso 2017	Cumplimiento x macroproceso 2018
Macroprocesos Gerenciales	Direccionamiento	73.53	76.47	97.06	82.35
	Gestión de recursos humanos	88.24	85.29	94.12	91.18
	Gestión de la calidad	54.88	67.07	65.85	63.41
	Manejo del riesgo de atención	63.74	69.23	72.53	74.18
	Gestión de seguridad ante desastres	58.93	50	51.79	44.64
	Control de la gestión y prestación	40.38	69.23	80.77	59.62
Macroprocesos Misionales	Atención ambulatoria	55.00	45	42.5	42.5
	Atención extramural	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica
	Atención de hospitalización	41.67	28.7	54.63	51.85
	Atención de emergencias	52.63	57.89	44.74	47.37
	Atención quirúrgica	55.32	39.36	44.68	38.3
	Docencia e investigación	95.24	95.24	100	100
Macroprocesos de Apoyo	Apoyo diagnóstico y tratamiento	31.82	9.09	34.09	34.09
	Admisión y alta	58.57	32.86	17.14	27.14
	Referencia y contrareferencia	79.41	17.65	17.65	32.35
	Gestión de medicamentos	28.85	53.85	30.77	38.46
	Gestión de la información	43.18	58.7	54.35	15.22
	Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización	56.90	58.62	56.9	56.9
	Manejo del riesgo social	90.91	100	77.27	100
	Manejo de nutrición de pacientes	100.00	64.71	70.59	67.65
	Gestión de insumos y materiales	65.38	42.31	7.69	7.69
	Gestión de equipos e infraestructura	23.53	17.65	20.59	5.82
Total		57.00	52	56	54

FUENTE: INFORME FINAL DE AUTOEVALUACIÓN 2017 – EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS – COMITÉ DE ACREDITACIÓN.

El presente cuadro comparativo muestra los resultados obtenidos por macroprocesos de los años 2015 al 2018, observándose variaciones en las calificaciones obtenidas, y para el presente año 03 obtuvieron un puntaje aprobatorio, 11 obtuvieron un puntaje crítico menor al 50% y en 08 se observan mejoras en el cumplimiento en relación al año anterior.

A. Medina R.

R. HERRERA M.

M.G. CANCINO H.

6.2.3 Satisfacción del Usuario Externo

El HNDAC viene realizando la evaluación semestral de la satisfacción del usuario externo en Consulta Externa, Hospitalización y Emergencia desde el año 2007 y aplicando la metodología SERVQUAL modificada desde el 2011.

Los resultados de las mediciones de la satisfacción del usuario externo desde el año 2011 se observan en el grafico N° 01, alcanzando en el 2019 valores de satisfacción del 30 al 40 % (POR MEJORAR); encontrando en los últimos tres años un leve incremento del primer semestre del 2015 al primer semestre del 2016, y a partir de ese semestre la tendencia es a la disminución.

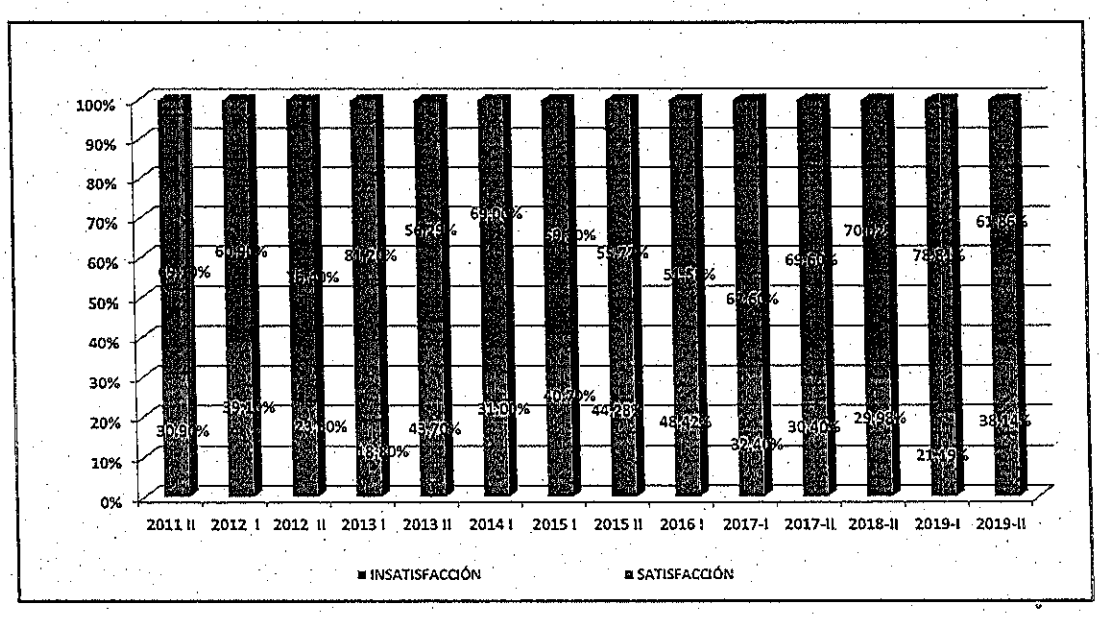
En el año 2019 realizamos en el Primer y Segundo semestre el Estudio de Satisfacción del Usuario Externo SERVQUAL MODIFICADO en los Servicios de Consulta Externa (390 usuarios), Emergencia (360 usuarios) y Hospitalización (250 usuarios).

- **Medición en el Servicio de Atención Ambulatoria:** La medición 2019-I de la Satisfacción de los Usuarios Externos que se realizó en el Servicio de Atención Ambulatoria alcanzó un promedio de SATISFACCION GENERAL de 21.19% y la insatisfacción de 78.81% este último resultado es considerado como **POR MEJORAR** (Insatisfacción >60%).

  La medición 2019-II de la Satisfacción de los Usuarios Externos que se realizó en el Servicio de Atención Ambulatoria alcanzó un promedio de SATISFACCION GENERAL de 38.14% y la insatisfacción de 61.86% este último resultado es considerado como **POR MEJORAR** (Insatisfacción > 60%).

GRAFICO N° 01

% COMPARATIVO DE SATISFACCIÓN E INSATISFACCIÓN DE USUARIOS EXTERNOS EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA, PERIODO 2011-II AL 2019-II



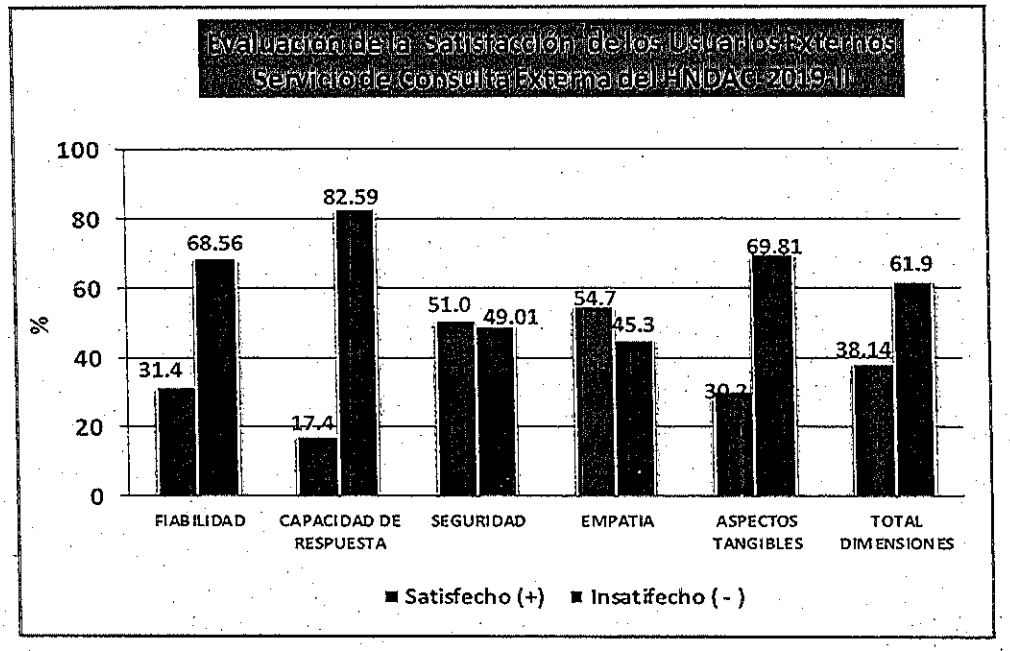
A. Medina R.

R. HERRERA M.

M.G. CANCINO H.

GRAFICO N° 02

% POR DIMENSIONES DE LA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO EXTERNO SERVQUAL MODIFICADO, SERVICIO DE ATENCIÓN AMBULATORIA PERIODO 2019–II HNDAC



En el presente grafico se puede apreciar el porcentaje de insatisfacción obtenido por el Servicio de Atención Ambulatoria, de acuerdo a las dimensiones de Fiabilidad, Capacidad de Respuesta, Seguridad, Empatía y Aspectos Tangibles, contenidas en el instrumento SERVQUAL MODIFICADO, para la Medición de la Satisfacción e Insatisfacción del usuario Externo-2019-II en el HNDAC.

Así mismo observamos que **el mayor porcentaje de insatisfacción** alcanzado por cada una de las dimensiones corresponde a:

- ✓ Fiabilidad, la pregunta **sobre Disponibilidad de citas y facilidad para obtenerlas** (pregunta N° 05) obtuvo 78.21%.
- ✓ Capacidad de respuesta, la pregunta **sobre Rapidez de la atención de farmacia** (pregunta N° 09) obtuvo el 88.76%
- ✓ Aspectos tangibles, la pregunta **sobre Ambientes y salas de atención limpias y cómodas**. (Pregunta N° 22) obtuvo el 80.26%.
- ✓ Empatía, **la pregunta sobre Amabilidad, respeto y paciencia del personal** (Pregunta N° 14) obtuvo el 53.59%.
- ✓ Seguridad, la pregunta **sobre** Respeto de la privacidad del paciente durante la atención. (pregunta N° 10) obtuvo el 49.74%.

A. Medina R.

R. HERRERA M.

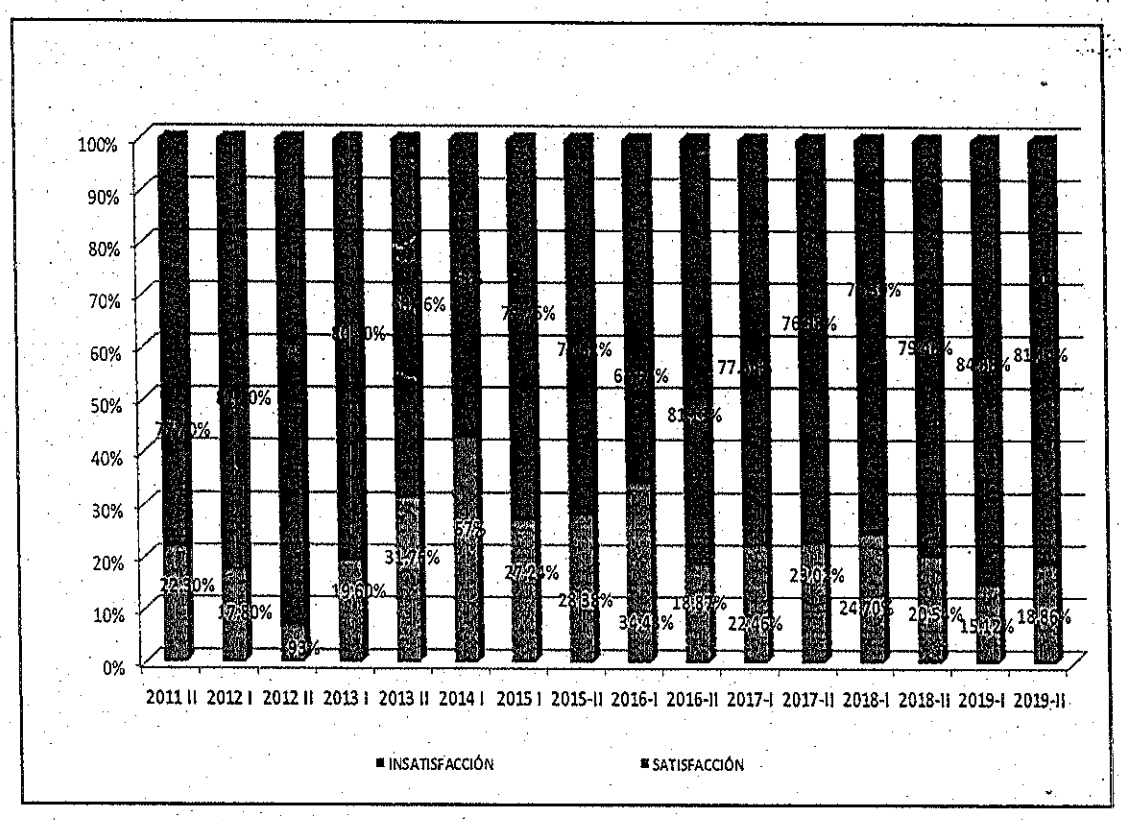
M.G. CANCINO

- **Medición en el Servicio de Emergencia:** La medición 2019-I en el Servicio de Emergencia alcanzó un promedio de SATISFACCION GENERAL de 15.10% y la insatisfacción de 84.90% este último resultado es considerado como **POR MEJORAR** (Insatisfacción >60%).

  La medición 2019-II del Servicio de Emergencia alcanzó un promedio de SATISFACCION GENERAL de 18.86% y la insatisfacción de 84.40% este último resultado es considerado como **POR MEJORAR** (Insatisfacción > 60%).

GRAFICO N° 03

% COMPARATIVO DE SATISFACCIÓN E INSATISFACCIÓN DE USUARIOS EXTERNOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA, PERIODO 2011-II AL 2019-II



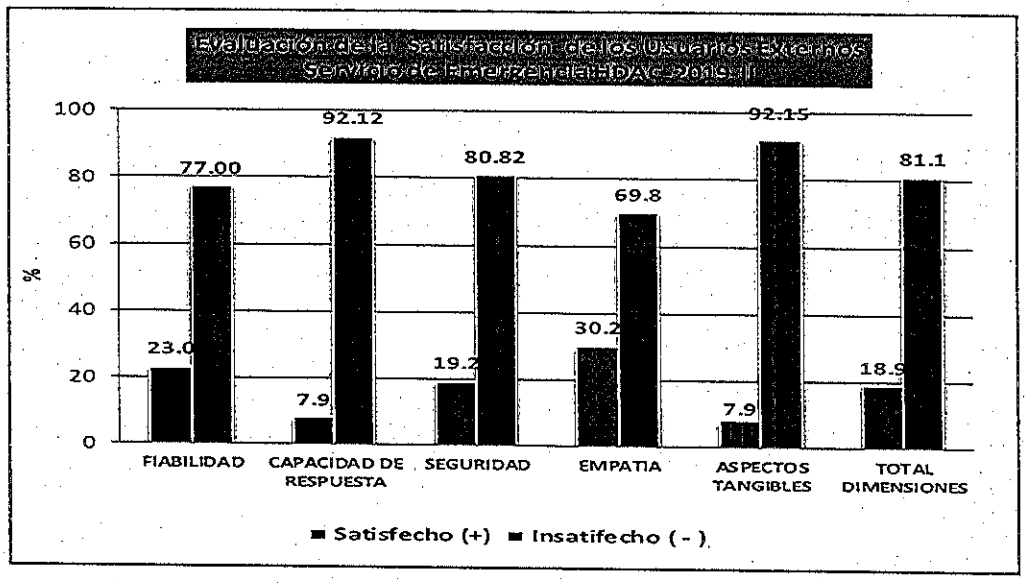
A. Medina R.

R. HERRERA M.

M.G. CANCINO H.

GRAFICO N° 04

% POR DIMENSIONES DE LA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO EXTERNO SERVQUAL MODIFICADO, SERVICIO DE EMERGENCIA PERIODO 2019 – II HNDAC



En el presente grafico se puede apreciar el porcentaje de insatisfacción obtenido por el Servicio de Emergencia, de acuerdo a las dimensiones de Fiabilidad, Capacidad de Respuesta, Seguridad, Empatía y Aspectos Tangibles, contenidas en el instrumento SERVQUAL MODIFICADO, para la Medición de la Satisfacción e Insatisfacción del usuario Externo-2019-II en el HNDAC.

Así mismo observamos que **el mayor porcentaje de insatisfacción** alcanzado por cada una de las dimensiones corresponde a:

Aspectos tangibles, la pregunta sobre Equipos y materiales necesarios disponibles para la atención en el Servicio de Emergencia (pregunta N° 21) y **limpieza y comodidad de los ambientes del servicio de Emergencia** (pregunta N° 22) con el **97.22%.**

Seguridad, la pregunta sobre **Solución o mejora de los problemas de salud del paciente.** (Pregunta N° 13), obtuvo el **95.0%.**

Fiabilidad, la pregunta sobre **Comunicación del médico con el paciente o sus familiares para explicar su problema de salud.** (Pregunta N° 4), obtuvo el **85.56%.**

Capacidad de respuesta, la pregunta **sobre Rapidez de la atención en caja o el módulo de admisión** (pregunta N° 6), y **la rapidez de la atención de farmacia** (pregunta N° 9), obtuvieron en ambos casos **83.89%.**

Empatía, la pregunta sobre **Interés que muestra el personal de Emergencia para solucionar cualquier dificultad que se presente durante la atención del paciente.** (Pregunta N° 15) obtuvo el **83.06%.**

A. Molina R.

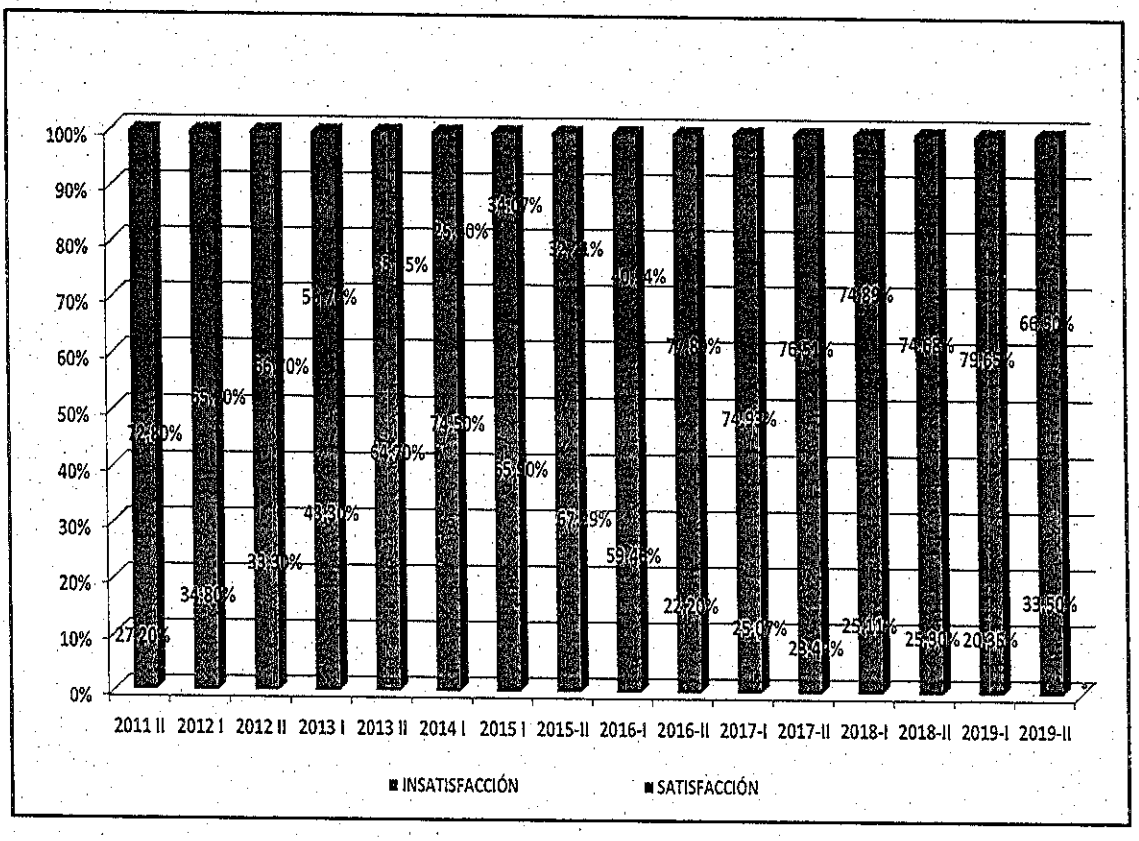
R. HERRERA M.

M.G. CANCINO H

- **Medición en el Servicio de Hospitalización:** La medición 2019-II en el Servicio de Hospitalización alcanzó un promedio de SATISFACCION GENERAL de 33.50% y la insatisfacción de 66.50% este último resultado es considerado como **POR MEJORAR** (Insatisfacción >60%).

GRAFICO N° 05

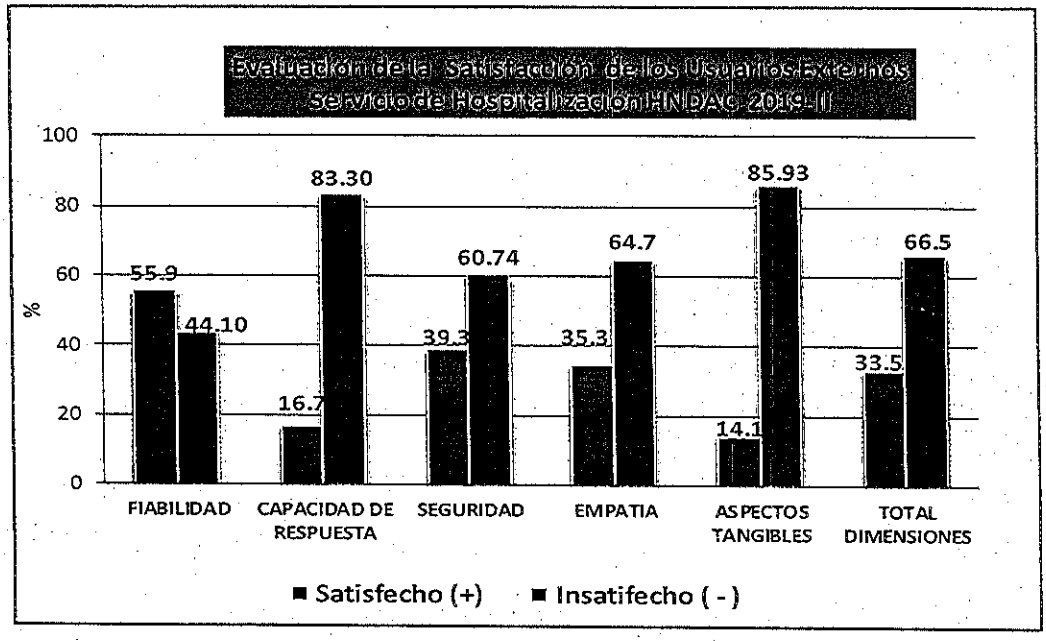
% COMPARATIVO DE SATISFACCIÓN E INSATISFACCIÓN DE USUARIOS EXTERNOS EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN, PERIODO 2011-II AL 2019-II



Los resultados de las mediciones realizadas desde el año 2011, indicaban una tendencia ascendente y progresiva de la satisfacción en hospitalización; de 27,2% en el 2011 al 64.7% en 2013-II y 74.5% en el 2014. A partir del año 2015 se observa una disminución de la satisfacción, alcanzando una insatisfacción del 65.9% en el 2015-I, 67.3% 2015-II, y 59.46% en el 2016-I; pero desde el 2016 II se registra una insatisfacción muy notable alcanzando valores promedio de hasta 77.80 %, sin mucha variación en las mediciones de los dos semestres del 2017 al 2019.

GRAFICO N° 06

% POR DIMENSIONES DE LA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO EXTERNO SERVQUAL MODIFICADO, SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN PERIODO 2019 – II HNDAC



Si analizamos la satisfacción de los usuarios externos según dimensiones, la dimensión aspectos tangibles alcanza el más alto grado de insatisfacción con 85.93%, seguido de capacidad de respuesta con un 83.30%, empatía con 64.70%, seguridad con el 60.74% y Fiabilidad con 44.10%. Las cinco dimensiones tienen un alto grado de insatisfacción, calificándosele como POR MEJORAR. Así mismo encontramos que el mayor porcentaje de **insatisfacción** alcanzado por cada una de las dimensiones corresponde a:

Aspecto tangible, la pregunta sobre **Disponibilidad de Ropa de cama, colchón y frazadas adecuados** (pregunta N° 22) obtuvo el 89.92% respectivamente.

Capacidad de respuesta, las preguntas **sobre Rapidez de los trámites para el Alta Médica.** (Preguntas N°9), obtuvo el 86.35%.

Empatía, la pregunta sobre **Trato del personal encargado de los trámites de admisión o alta amable, respetuoso y con paciencia** (pregunta N° 17) obtuvo el 80.32% respectivamente.

Seguridad, la pregunta sobre **Entrega de los alimentos a temperatura adecuada y de manera higiénica** (pregunta N° 11) obtuvo el 64.66%.

Fiabilidad, la pregunta sobre **Explicación que los médicos brindan sobre análisis de laboratorio** (pregunta N° 4); y sobre la explicación que en el momento de la alta los médicos le brindarán sobre los medicamentos y los cuidados de su salud en casa (pregunta N° 5), en ambos casos obtuvieron el 50.20%.

A. Medina R.

R. HERRERA M.

M.G. CANCINO H.

Un aspecto cualitativo importante a tener en consideración en relación a la calidad de la atención, es el incremento de población demandante de servicios de salud con actitudes de exigencia de mejor atención. Tal incremento ha sido progresivo y multifactorial y requiere precisamente que el HNDAC como contraparte desarrolle en el personal, mejor capacidad de respuesta, tolerancia y buen trato, así como una mejora continua en los procesos/procedimientos de atención y en las competencias técnico-profesionales.

- **Atención de Reclamos**

Desde Diciembre del 2015 el HNDAC cuenta con una Plataforma de Atención al usuario (PAUS) que permite la atención y gestión de consultas y reclamos presentados por los usuarios, y orientada a la solución de la insatisfacción respecto a los servicios, prestaciones o cobertura relacionada con su atención en salud.

Desde Agosto del 2017 se viene empleando un aplicativo para el registro de reclamos, el cual permite cumplir con la norma vigente, Decreto Supremo N° 030-2016-SA, registrar inmediatamente el reclamo en el sistema, mejorar los tiempos de atención y de respuesta al usuario, compartir la información entre la PAUS y la Oficina de Gestión de la Calidad y ser oportunos en la entrega del consolidado de los reclamos mensualmente, con el cual se elabora el Informe Técnico; que esperamos contribuya a la mejora continua de la calidad de la atención al usuario. Durante el 2019 se presentaron 660 reclamos de los cuales se resolvieron en el primer semestre el 71.25% y en segundo semestre el 85.15%.

CUADRO N° 07

COMPARATIVO DE RECLAMOS POR SERVICIOS
I Y II TRIMESTRE 2019

SERVICIOS	I TRIMESTRE 2019	II TRIMESTRE 2019
CONS. EXTERNA	84	67
HOSPITALIZACION	2	6
EMERGENCIA	14	14
OTROS	70	70
TOTAL	170	157

En el cuadro N° 07 se aprecia que el I trimestre 2019 se ha presentado el mayor número de reclamos en el Servicio de Consulta Externa con 84 reclamos, en comparación al II trimestre 2019 con 67 reclamos, observándose una disminución de 20.24%.

Le sigue el rubro de "otros" (que comprende las atenciones en diagnóstico por imágenes, comisión médica, laboratorio, vigilancia, farmacia, archivo de estadística y transportes) con 70 reclamos en el I y II trimestre, observándose una igualdad porcentual.

Se presentaron 14 reclamos a las atenciones en el servicio de Emergencia en el I y II trimestre 2019; se presentaron 02 reclamos en el servicio de Hospitalización en el trimestre 2019 y 06 reclamos en el II trimestre 2019, observando un mayor incremento.

A. Medina R.

R. HERRERA M.

M.G. CANCINO H.

CUADRO N° 08

COMPARATIVO DE RECLAMOS POR SERVICIOS
III y IV TRIMESTRE 2019

SERVICIOS	III TRIMESTRE 2019	IV TRIMESTRE 2019
CONS. EXTERNA	72	68
HOSPITALIZACION	7	7
EMERGENCIA	12	11
OTROS	54	72
TOTAL	145	158

En el cuadro N° 08 se aprecia que el III trimestre 2019 se ha presentado el mayor número de reclamos en el Servicio de Consulta Externa con 72 reclamos, en comparación al IV trimestre 2019 con 68 reclamos, observándose una disminución de 05.55%. El principal motivo de estos reclamos fue por falta de cupo, demora en la atención y en la realización de exámenes, descortesía del personal asistencial no médico y administrativo (comisión evaluadora, caja, admisión SIS, entre otros.

El siguiente servicio que presenta el mayor número de reclamos es el considerado como "otros" , que comprende los Servicios de Admisión - Caja, Rayos X, Vigilancia, jefatura de consulta externa, laboratorio, farmacia, archivo de estadística, con 54 reclamos en el III trimestre 2019 y 72 reclamos en el IVI trimestre 2019, observando un incremento de 25%.

Se presentaron en la PAUS por la atención en el Servicio de Hospitalización 07 reclamos en el III y IV trimestre respectivamente.

Se presentaron en la PAUS. por la atención en el Servicio de Emergencia 12 reclamos en el III trimestre 2019 y 11 reclamos en el IV trimestre 2019, observando una disminución de 8.33%.

- **Clasificación de los reclamos más frecuentes y aplicación del Diagrama de Pareto:**

Para determinar cuál de los reclamos se presenta con mayor frecuencia en el III y IV trimestre 2019 aplicamos una de las herramientas de la calidad como es el Diagrama Pareto mediante el cual clasificamos los reclamos según sus posibles causas, con el fin de determinar el 80% - 20% y los rebotes internos previstos; estableciendo un orden de prioridades en la toma de decisiones, evaluando las fallas para resolverlos, mejorarlos o evitarlos; a través de acciones de mejora continua.

A. Medina R.

R. HERRERA M.

M.G. CANCINO P

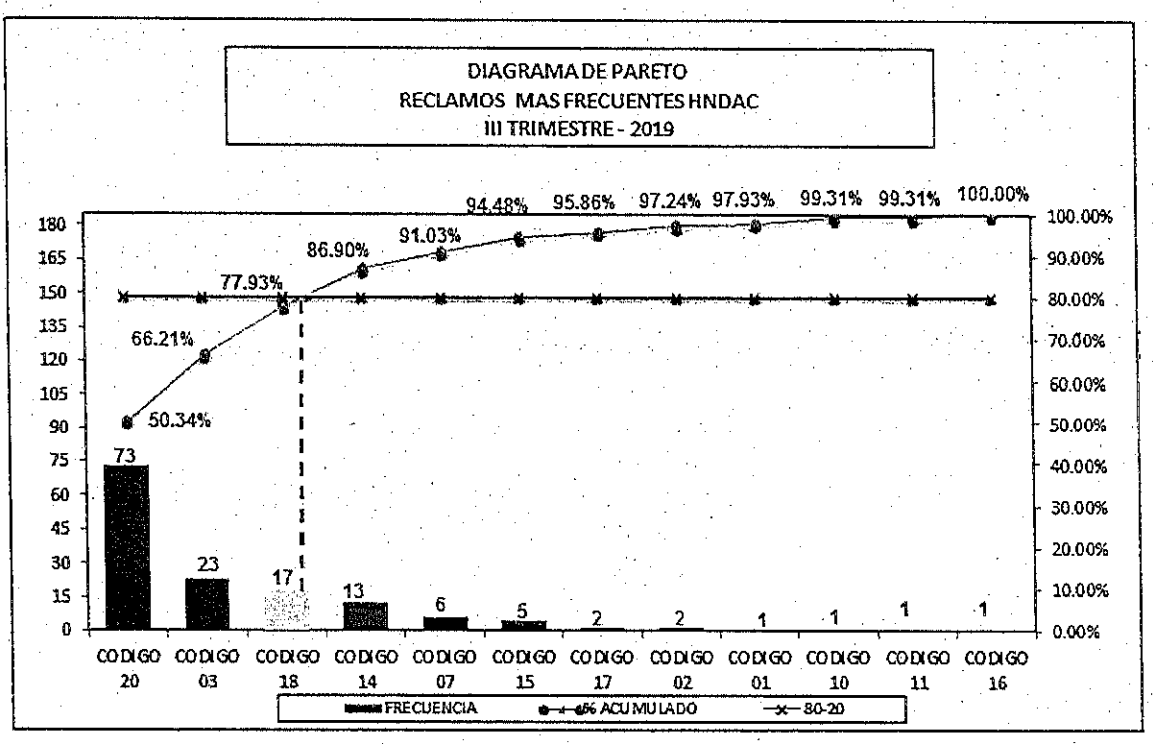
CUADRO N° 09

CLASIFICACIÓN DE LOS RECLAMOS MÁS FRECUENTES
III TRIMESTRE 2019

CLASIFICACIÓN DEL RECLAMO	FRECUENCIA	% ACUMULADO		80-20
CODIGO 20	73	50.34%	73	80%
CODIGO 03	23	66.21%	96	80%
CODIGO 18	17	77.93%	113	80%
CODIGO 14	13	86.90%	126	80%
CODIGO 07	6	91.03%	132	80%
CODIGO 15	5	94.48%	137	80%
CODIGO 17	2	95.86%	139	80%
CODIGO 02	2	97.24%	141	80%
CODIGO 01	1	97.93%	142	80%
CODIGO 10	1	99.31%	143	80%
CODIGO 11	1	99.31%	144	80%
CODIGO 16	1	100.00%	145	80%
TOTAL	146			

Los reclamos más frecuentes fueron por otros relativos a la prestación (C20), demora en la prestación de servicio de salud (C3), disconformidad con el trato recibido (C18), y relacionados con la calidad de la atención (C14), como se aprecia en el siguiente gráfico.

GRÁFICO N° 07



Fuente: Plataforma de Atención al Usuario.

En este caso el 80%-20% se presenta entre los reclamos de los códigos 20, 03, 18 y 14

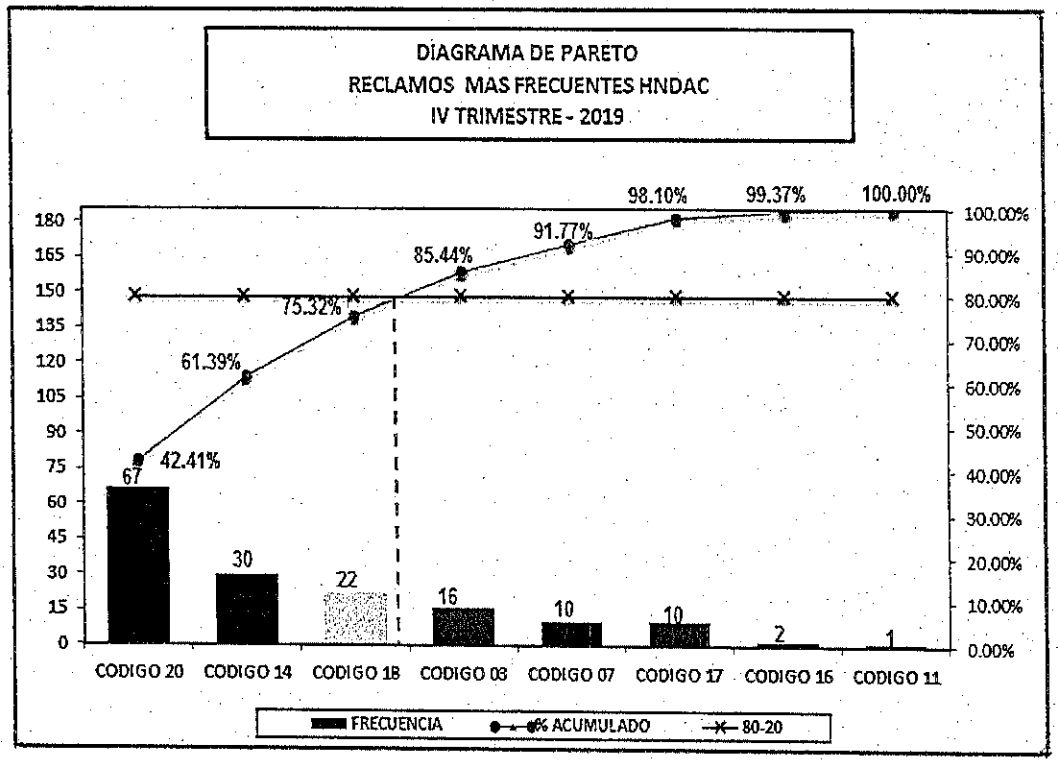
CUADRO N° 10

RECLAMOS MÁS FRECUENTES
IV TRIMESTRE 2019

CLASIFICACIÓN DEL RECLAMO	FRECUENCIA	% ACUMULADO		80-20
CODIGO 20	67	42.41%	67	80%
CODIGO 14	30	61.39%	97	80%
CODIGO 18	22	75.32%	119	80%
CODIGO 03	16	85.44%	135	80%
CODIGO 07	10	91.77%	145	80%
CODIGO 17	10	98.10%	155	80%
CODIGO 16	2	99.37%	157	80%
CODIGO 11	1	100.00%	158	80%
TOTAL	158			

Los reclamos más frecuentes fueron por otros relativos a la prestación (C20), relacionados con la calidad de la atención (C14), y disconformidad con el trato recibido (C18), y demora en la prestación de servicio de salud (C3), como se aprecia en los gráficos siguientes.

GRÁFICO N° 08



Fuente: Plataforma de Atención al Usuario

En este caso el 80%-20% se presenta entre los reclamos de los códigos 20, 14 18 y 03

6.2.4 Indicadores de Calidad

Los indicadores de calidad son variables que permiten medir la calidad de los procesos en los Establecimiento de Salud, para mejorar el grado de satisfacción de los usuarios externos, detectando las desviaciones de lo esperado y tomar decisiones sobre el tipo de medidas dirigidas al mejoramiento continuo de la calidad de la atención. En ese contexto mediante Resolución Directoral N° 195-2017-DG.HNDAC se aprobó los indicadores de Calidad del HNDAC correspondientes a los Departamentos de Emergencia y Cuidados Críticos, Ginecología y Obstetricia, Pediatría, Cirugía, Medicina y de esta Oficina.

Al respecto se presentan a continuación los valores de los indicadores institucionales de Calidad alcanzados en el primer y segundo semestre 2019.

CUADRO N° 11

RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DE LOS INDICADORES DE CALIDAD INSTITUCIONALES
HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN
PRIMER SEMESTRE 2019

CÓDIGO: F.T.	NOMBRE DEL INDICADOR	RELACIÓN OPERACIONAL		FUENTE DE DATOS	PERIODICIDAD	ESTÁNDAR	EVALUACIÓN SEMESTRE (N°/%)
VI-1	Porcentaje de reclamos resueltos en el HNDAC	Número de reclamos resueltos en un periodo X 100 / Total de reclamos recibidos en un periodo	233 / 327 X 100	Base de datos de los reclamos registrados en la PAUS HNDAC	Semestral	> 80%	71.25%
VI-2	Porcentaje de usuarios atendidos en consulta externa que percibieron privacidad durante la atención	Número de usuarios atendidos en consulta externa encuestados que perciben privacidad durante la atención X 100 / Total de usuarios encuestados en consulta externa	139 / 390 X 100	Encuestas de satisfacción del usuario en el HNDAC a cargo OGC	Semestral	> 60%	35.64%
VI-3	Porcentaje de usuarios atendidos en hospitalización que percibieron privacidad durante la atención	Número de usuarios atendidos en hospitalización y encuestados que perciben privacidad durante la atención X 100 / Total de usuarios encuestados en en el Servicio de Hospitalización en un periodo	35 / 250 X 100	Encuestas de satisfacción del usuario en el HNDAC a cargo OGC	Semestral	> 60%	14.0%
VI-4	Porcentaje de usuarios atendidos en emergencia que percibieron privacidad durante la atención	Número de usuarios atendidos en emergencia y encuestados que perciben privacidad durante la atención X 100. / Total de usuarios encuestados en consulta externa	52 / 360 X 100	Encuestas de satisfacción del usuario en el HNDAC a cargo OGC	Semestral	> 45%	14.44%
VI-5	Porcentaje de usuarios externos informados satisfactoriamente en Consulta Externa	N° de usuarios externos encuestados en Consulta Externa que manifiestan que la información recibida en la atención es entendible y completa X 100 / N° total de usuarios externos encuestados en Consulta Externa en un periodo	51 / 390 X 100	Encuestas de satisfacción del usuario en el HNDAC a cargo OGC	Semestral	> 60%	13.1%
VI-6	Porcentaje de satisfacción del usuario externo en el Servicio de Consulta Externa.	Número de usuarios externos encuestados satisfechos en el Servicio de Consulta externa X 100 / Total de usuarios encuestados en un periodo en el Servicio de Consulta Externa	82.64 / 390 X 100	Encuestas de satisfacción del usuario en el HNDAC a cargo OGC	Semestral	>60%	21.19%
VI-7	Porcentaje de satisfacción del usuario en el Servicio de Hospitalización.	Número de usuarios externos encuestados satisfechos en el Servicio de Hospitalización X 100 / Total de usuarios encuestados en un periodo en el Servicio de Hospitalización	50.86 / 250 X 100	Encuestas de satisfacción del usuario en el HNDAC a cargo OGC	Semestral	>60%	20.34%
VI-8	Porcentaje de satisfacción en el servicio de Emergencia.	Número de usuarios externos encuestados satisfechos en el Servicio de Emergencia X 100 / Total de usuarios encuestados en un periodo en el Servicio de Emergencia	54.41 / 360 X 100	Encuestas de satisfacción del usuario en el HNDAC a cargo OGC	Semestral	>60%	15.12%
VI-9	Medición del tiempo de espera para la atención de Consulta Externa.	Tiempo promedio de espera del usuario externo para la atención de Consulta Externa	—	Encuestas de satisfacción del usuario en el HNDAC a cargo OGC	Anual	< 90 minutos	82 min.

Fuente:
1: Plataforma de Atención al Usuario - 2019
2 - 8: Estudio de Satisfacción del Usuario Externo de los Servicios de Consulta Externa, Emergencia y Hospitalización del HNDAC, correspondiente al primer semestre 2019
9: Datos del Estudio de Tiempos y Movimientos en Consulta Externa del HNDAC, correspondiente al Primer Semestre 2019

A. Medina R.
R. HERRERA D.
M.G. CANCINO H.

CUADRO N° 12

RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DE LOS INDICADORES DE CALIDAD INSTITUCIONALES
HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN
SEGUNDO SEMESTRE 2019

CÓDIGO: F.T.	NOMBRE DEL INDICADOR	RELACIÓN OPERACIONAL		FUENTE DE DATOS	PERIODICIDAD	ESTÁNDAR	EVALUACIÓN 1 SEMESTRE N°%
VI-1	Porcentaje de reclamos resueltos en el HNDAC	Número de reclamos resueltas en un periodo X 100 / Total de reclamos recibidas en un periodo	258 X 100 / 303	Base de datos de los reclamos registrados en la PAUS HNDAC	Semestral	> 80%	85,15%
VI-2	Porcentaje de usuarios atendidos en consulta externa que percibieron privacidad durante la atención	Número de usuarios atendidos en consulta externa encuestados que perciben privacidad durante la atención X 100 / Total de usuarios encuestados en consulta externa	196 X 100 / 390	Encuestas de satisfacción del usuario en el HNDAC a cargo OGC	Semestral	> 60%	50,3%
VI-3	Porcentaje de usuarios atendidos en hospitalización que percibieron privacidad durante la atención	Número de usuarios atendidos en hospitalización y encuestados que perciben privacidad durante la atención X 100 / Total de usuarios encuestados en en el Servicio de Hospitalización en un periodo	100 X 100 / 249	Encuestas de satisfacción del usuario en el HNDAC a cargo OGC	Semestral	> 60%	40,20%
VI-4	Porcentaje de usuarios atendidos en emergencia que percibieron privacidad durante la atención	Número de usuarios atendidos en emergencia y encuestados que perciben privacidad durante la atención X 100. / Total de usuarios encuestados en consulta externa	92 X 100 / 359	Encuestas de satisfacción del usuario en el HNDAC a cargo OGC	Semestral	> 45%	25,60%
VI-5	Porcentaje de usuarios externos informados satisfactoriamente en Consulta Externa	N° de usuarios externos encuestados en Consulta Externa que manifiestan que la información recibida en la atención es entendible y completa X 100 / N° total de usuarios externos encuestados en Consulta Externa en un periodo	169 X 100 / 390	Encuestas de satisfacción del usuario en el HNDAC a cargo OGC	Semestral	> 60%	43,33%
VI-6	Porcentaje de satisfacción del usuario externo en el Servicio de Consulta Externa.	Número de usuarios externos encuestados satisfechos en el Servicio de Consulta externa X 100 / Total de usuarios encuestados en un periodo. en el Servicio de Consulta Externa	143 X 100 / 374	Encuestas de satisfacción del usuario en el HNDAC a cargo OGC	Semestral	>60%	38,23%
VI-7	Porcentaje de satisfacción del usuario en el Servicio de Hospitalización.	Número de usuarios externos encuestados satisfechos en el Servicio de Hospitalización X 100 / Total de usuarios encuestados en un periodo - en el Servicio de Hospitalización	83,27 X 100 / 248	Encuestas de satisfacción del usuario en el HNDAC a cargo OGC	Semestral	>60%	33,50%
VI-8	Porcentaje de satisfacción en el servicio de Emergencia.	Número de usuarios externos encuestados satisfechos en el Servicio de Emergencia X 100 / Total de usuarios encuestados en un periodo en el Servicio de Emergencia	64,50 X 100 / 342	Encuestas de satisfacción del usuario en el HNDAC a cargo OGC	Semestral	>60%	18,86%
VI-9	Medición del tiempo de espera para la atención de Consulta Externa.	Tiempo promedio de espera del usuario externo para la atención de Consulta Externa	—	Encuestas de satisfacción del usuario en el HNDAC a cargo OGC	Anual	< 90 minutos	——

Fuente:

1: Plataforma de Atención al Usuario - 2019

2 - 8: Estudio de Satisfacción del Usuario Externo de los Servicios de Consulta Externa, Emergencia y Hospitalización del HNDAC, correspondiente al segundo semestre 2019

OFICINA EJECUTIVA DE ADMINISTRACIÓN HNDAC REGIÓN CALLAO
A. Mo... R.

OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

OFICINA DE ASESORÍA JURÍDICA HNDAC REGIÓN - CALLAO
R. HERRERA M.

OFICINA EJECUTIVA DE PLANEAMIENTO ESTRATÉGICO H.N.D.A.C. REGIÓN CALLAO
M.G. CANCINO

Los indicadores de calidad institucional-2019 se evaluaron semestralmente, presentando en el segundo semestre un incremento en lo relacionado al porcentaje de los reclamos resueltos con 85.15%, Porcentaje de usuarios atendidos en consulta externa que percibieron privacidad durante la atención con 50.3%, Porcentaje de usuarios atendidos en hospitalización que percibieron privacidad durante la atención con 40.20%, Porcentaje de usuarios atendidos en emergencia que percibieron privacidad durante la atención con 25.60%, Porcentaje de usuarios externos informados satisfactoriamente en Consulta Externa con 43.33%, Porcentaje de satisfacción del usuario externo en el Servicio de Consulta Externa con 38.23%, Porcentaje de satisfacción del usuario en el Servicio de Hospitalización con 33.50%, Porcentaje de satisfacción en el servicio de Emergencia con 18.86%. La Medición del tiempo de espera para la atención de Consulta Externa durante el año 2019 fue de 62 minutos..

A. Medina R.

6.2.5 Auditoria de la Calidad en Salud

Las actividades de Auditoría de la Calidad en Salud, han sido fortalecidas durante el 2019, pues se desarrollaron 07 auditorías de la Calidad de Registro, 04 Auditorías de la Calidad de Atención en Salud, 04 Auditorias Concurrentes, 03 Informes de Seguimientos de Recomendaciones y 10 Auditorías de Caso.

CUADRO N° 13

AUDITORIAS DE CALIDAD DE REGISTRO
AÑO 2019

Nº	NOMBRE DE LAS AUDITORIAS DE LA CALIDAD DE REGISTRO	FECHA INFORME	DOCUMENTO CON QUE SE REMITE EL INFORME DE AUDITORIA
1	Reporte de Auditoria de Calidad de Registro - Consulta Externa de Pediatria	28/02/2019	Informe Nro. 029-2019-HNDAC-OGC
2	Reporte de Auditoria de Calidad de Registro - Servicio de Emergencia - Traumatologia- Dpto. Emergencia y Cuidados Criticos	28/06/2019	Informe Nro. 103-2019-HNDAC-OGC
3	Reporte de Auditoria de Calidad de Registro - Servicio de Emergencia - Pediatria - Dpto. Emergencia y Cuidados Criticos	16/07/2019	Informe Nro. 116-2019-HNDAC-OGC
4	Reporte de Auditoria de Calidad de Registro - Historia Clinica de Emergencia - Medicina de Adultos - Dpto. Emergencia y Cuidados Criticos	07/08/2019	Informe Nro. 126-2019-HNDAC-OGC
5	Reporte de Auditoria de Calidad de Registro - Historia Clinica de Emergencia - Cirugia - Dpto. Emergencia y Cuidados Criticos	14/08/2019	Informe Nro. 130-2019-HNDAC-OGC
6	Reporte de Auditoria de Calidad de Registro - Historia Clinica de Emergencia - Especialidad de Gineco Obstetricia - Dpto. Emergencia y Cuidados Criticos	17/10/2019	Informe Nro. 161-2019-HNDAC-OGC
7	Reporte de Auditoria de Calidad de Registro - Historia Clinica de Hospitalizacion - Servicio de Gineco Obstetricia - Dpto. Gineco Obstetricia	23/10/2019	Informe Nro. 168-2019-HNDAC-OGC

R. HERRERA M.

M.G. CANCINO H.

CUADRO N° 14

AUDITORIAS DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN
AÑO 2019

N°	AUDITORIA DE LA CALIDAD DE ATENCION	DOCUMENTO CON QUE SE REMITE EL INFORME DE AUDITORIA
1	Reporte de Auditoria de Calidad de Atencion - Causas de Suspensión de Cirugias Electivas Programadas	Informe Nro. 069-2019-HNDAC-OGC
2	Reporte de Auditoria de Calidad de Atencion - Pertinencia de Cesarea - Trimestre 2019	Informe Nro. 097-2019-HNDAC-OGC
3	Reporte de Auditoria de Calidad de Atencion - Adherencia a la Guia de Practica Clinica Embarazo Ectopico - Dpto. Gineco Obstetricia	Informe Nro. 177-2019-HNDAC-OGC
4	Reporte de Auditoria de Calidad de Atencion - Auditoria del Proceso de la Atencion de Pacientes Victimas de Accidentes de Transito Cubiertos por el Seguro Obligatorio de Accidentes de Transito (SOAT) o el Cettificado contra Accidentes de Transito (CAT) en el Servicio de Emergencia	Informe Nro. 191-2019-HNDAC-OGC

A. Medina R.

CUADRO N° 15

AUDITORIAS CONCURRENTES
AÑO 2019

N°	AUDITORIAS CONCURRENTES	DOCUMENTO CON QUE SE REMITE EL INFORME DE AUDITORIA
1	Programa de Auditoria de Estancia Prolongada en las Salas de Hospitalizacion de los Departamentos de Medicina y Cirugia	Informe N° 075-2019-HNDAC/OGC
2	Reporte de Auditoria Concurrente - 5to. Piso B (Servicio de Urologia, Cirugia Cardiovascular, Cardiologia)	Informe N° 96-2019-HNDAC/OGC
3	Reporte de Auditoria Concurrente - 8vo. Piso A (Servicio de Traumatologia)	Informe N° 125-2019-HNDAC/OGC
4	Reporte de Auditoria Concurrente - 8vo. Piso B (Servicio de Neurocirugia)	Informe N° 138-2019-HNDAC/OGC

R. HERRERA M

M.G. CANCINO

CUADRO N° 16

SEGUIMIENTO DE RECOMENDACIONES DE AUDITORIA AÑO 2018

N°	SEGUIMIENTOS DE RECOMENDACIONES	DOCUMENTO CON QUE SE REMITE EL INFORME DE AUDITORIA
1	Informe de Seguimiento de Recomendaciones I Trimestre (Napuri, Andrade, Salas, Reyna, Shiguay)	Informe N° 048-2019-HNDAC/OGC
2	Informe de Seguimiento de Recomendaciones II Trimestre (Salas, Tenorio, Salcedo, Campo)	Informe N° 090-2019-HNDAC/OGC
3	Informe de Seguimiento de Recomendaciones III Trimestre (Shiguay, Reyna, Tenorio, Salcedo, Campo, Andrade, Viera)	Informe N° 187-2019-HNDAC/OGC

En relación al cumplimiento de las recomendaciones, éstas se han implementado en el 2019 en un 33.33 %, haciendo evidente la necesidad que los Departamentos Clínicos den importancia a la auditoría como herramienta de gestión y de mejora continua y se brinde un decidido impulso a ella.

En Diciembre del 2017 se aprobó la versión N° 2 del nuevo Manual de Procedimientos de Auditoria, la cual se socializó a los Comités de Auditoría y Equipos de Auditorías adscritos en el 2018 y se han implementados en el 2019.

CUADRO N° 17

AUDITORIAS DE CASO – COMITÉ DE AUDITORIA MÉDICA – 2019

N°	FECHA DE INGRESO	DOCUMENTO QUE INICIA LA AUDITORIA	N° DE INFORMES DE AUDITORIA
1	20/11/2018	Memorandum N° 580-2018-HNDAC-DG-DAGC	Informe N° 01-2019-CAM-HNDAC
2	29/10/18	Memorandum N° 527-2018-HN-DA-C-C-DG	Informe N° 02-2019-CAM-HNDAC
3	25/03/19	Memorandum N° 153-2019-HN-DAC-C-DG/DAGC	Informe N° 03-2019-CAM-HNDAC
4	28/12/18	Memorandum N° 662-2018-HNDA-DG-DAGC	Informe N° 04-2019-CAM-HNDAC
5	18/03/19	Memorandum N° 135-2019-HN-DAC-DG	Informe N° 05-2019-CAM-HNDAC
6	18/03/19	Memorandum N° 135-2019-HN-DAC-DG	Informe N° 06-2019-CAM-HNDAC
7	13/05/19	Memorandum N° 279-2019-HN-DAC-C-DG	Informe N° 07-2019-CAM-HNDAC
8	14/08/19	Memorandum N° 474-2019-HN-DAC-C-DG/DAGC	Informe N° 08-2019-CAM-HNDAC
9	24/09/19	Memorandum N° 586-2019-HN-DAC-C-DG/DAGC	Informe N° 09-2019-CAM-HNDAC
10	12/09/19	Memorandum N° 555-2019-HN-DAC-C-DG	Informe N° 10-2019-CAM-HNDAC

A. Medina R.

R. HERRERA M.

M.G. CANCINO H.

CUADRO N° 18

AUDITORIA DE CASO – COMITÉ DE AUDITORIA EN SALUD - 2019

Nº	HISTORIA CLINICA	FECHA DE INGRESO	DOCUMENTO QUE INICIA LA AUDITORIA	Nº DE INFORMES DE AUDITORIA
1	1745276	08/01/19	Memorandum N° 012-2019-HNDAC-DG-DG	Informe N° 01-2019-CAS-HNDAC

6.2.6 Mejora Continua

En Diciembre 2017 se aprobó el Plan de Implementación de la "Guía Técnica para el proceso de higiene de manos en el HNDAC" (RD 579-2019-HNDAC) con el objetivo de fortalecer la calidad y seguridad de la atención a través de la mejora en la adherencia a la higiene de manos del personal de salud que atiende pacientes en los servicios de hospitalización, emergencia y cuidados críticos, centro quirúrgico y centro obstétrico.

Se realizó la medición Satisfacción del Usuario Externo en Consulta Externa, Emergencia y Hospitalización, así como la medición de tiempo de espera en consulta externa y en ambos casos se socializó el informe y las recomendaciones respectivas.

Se viene implementando el procedimiento de notificación de trauma obstétrico neonatal, identificando si correspondían a eventos adversos prevenibles y en ese contexto se realizaron las auditorias de caso oficio o análisis del evento adverso, en el marco de la mejora continua de la atención en salud.

Se ha remitido la propuesta de Directiva de prevención y manejo de egresos no autorizados de pacientes (fugas) a las áreas involucradas y a la Dirección Adjunta de Gestión de la Producción de Servicios de Salud para su análisis el cual finalmente culminó con la elaboración de procedimiento en estos casos y determinación de la responsabilidad del mismo al Departamento de Atención Ambulatoria y Hospitalización.

Los integrantes de la Oficina de Gestión de la Calidad han participado en el Comité Responsable del Monitoreo de Indicadores del Convenio de Gestión 2019 del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión.

Mediante Resolución Directoral N° 357.-2018- DG-HNDAC se conformaron Círculos de Calidad Institucionales en las diferentes unidades orgánicas, los cuales se han implementados en el año 2019 y esta Oficina ha brindado la asistencia técnica a las diferentes unidades orgánicas.

A. Medina R.

R. Herrera

M.G. CANCINO

CUADRO N°19

RELACIÓN DE CIRCULOS DE CALIDAD 2019-HNDAC

Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico	
Departamento de OdontoEstomatología	
Departamento de Nutrición y Dietética	
Departamento de Diagnóstico por Imágenes	
Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica	Circulo de Calidad N° 001-DPCAP Servicio de Patología Clínica
	Circulo de Calidad N° 002-DPCAP Servicio de Anatomía Patológica
	Circulo de Calidad N° 003-DPCAP del Servicio de Hemoterapia y Banco de Sangre
Departamento de Enfermería	Circulo de Calidad N° 001-DE-HNDAC
	Circulo de Calidad N° 002-DE-HNDAC
	Circulo de Calidad N° 003-DE-HNDAC
Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos	Circulo de Calidad N° 001-DECC-HNDAC del Servicio de Cuidados Intensivos Adultos
	Circulo de Calidad N° 002-DECC-HNDAC del Servicio de Cuidados Intermedios Adultos
	Circulo de Calidad N° 003-DECC-HNDAC del Servicio de Emergencia
Oficina de Estadística y Sistemas Informáticos	

6.2.7 Seguridad del Paciente

El Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión viene Monitoreando e Implementando la Higiene de Manos y Lista de Verificación Segura para fortalecer y dar prioridad a la prevención de IAAS de acuerdo a la normatividad vigente, así como salvaguarda la seguridad de los pacientes efectuando una gestión adecuada de riesgos, desarrollando buenas prácticas de atención acorde con el conocimiento científico disponible, sensibles a los valores, expectativas y preferencias de los pacientes, vinculadas al reconocimiento y análisis de los Eventos Adversos, aprendiendo de ellos y aplicando estrategias que minimicen el riesgo de su ocurrencia.

a) Monitoreo de la Implementación de la Guía Técnica para el Proceso de Higiene de Manos en el HNDAC

El Plan de Implementación de la "Guía Técnica para el Proceso de Higiene de Manos" en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión 2019", discutido y socializado en reuniones del Comité de Seguridad del paciente y gestión de riesgos, se elaboró con el objetivo de continuar con el fortalecimiento de la calidad y seguridad de la atención a través de la mejora en la adherencia a la higiene de manos del personal de salud que atiende pacientes en los servicios de Hospitalización, Emergencia y Cuidados Críticos, Centro Obstétrico y Centro Quirúrgico.

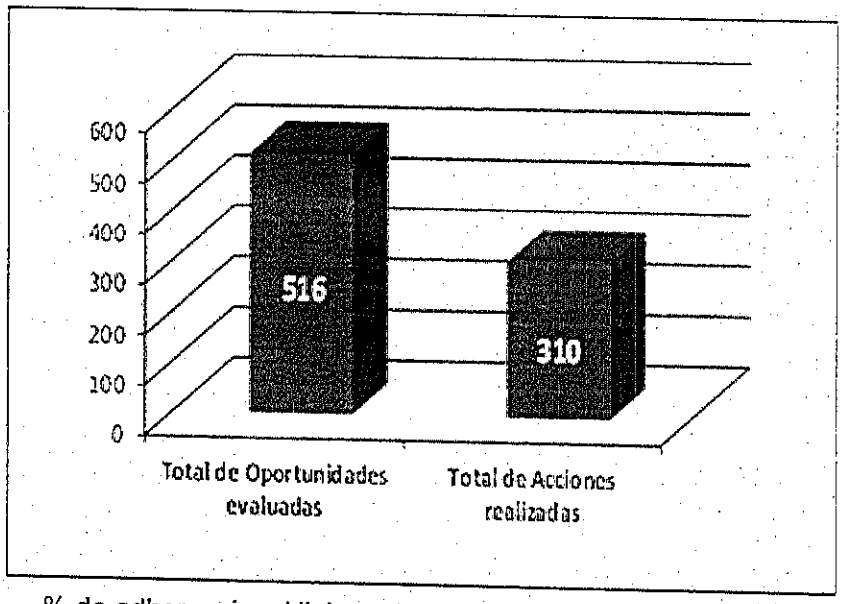
A. Medina R.

M.G. CANCINO H.

Desde el IV trimestre 2017 la Oficina de Gestión de la Calidad y el Departamento de Enfermería vienen realizando el monitoreo de la adherencia a la higiene de manos del personal de salud e informan a la Dirección General, al Comité de Prevención y Control de IAAS y a las jefaturas de los Departamentos/Servicios, los resultados, los mismos que son socializados con el personal de salud, llevándose a cabo reuniones técnicas para definir las acciones de mejora a implementar.

En el IV trimestre 2019 se observaron 516 oportunidades de higiene de manos en los trabajadores de salud (médicos, enfermeras, obstetras, técnicos de enfermería y técnicos de laboratorio) en los servicios priorizados, de los cuales 310 realizaron la higiene de manos con agua y jabón o alcohol gel, obteniéndose una adherencia de 60 %, según se aprecia en la gráfico N°1.

GRAFICO N° 09
ADHERENCIA DE HIGIENE DE MANOS
IV TRIMESTRE 2019



% de adherencia a Higiene de manos: 310/516 x100 = **60 %**

En el gráfico N° 2, observamos el descenso hasta el tercer trimestre de la adherencia de higiene de manos y una mejora al IV trimestre, siendo el promedio de adherencia anual 2019 de 62%.

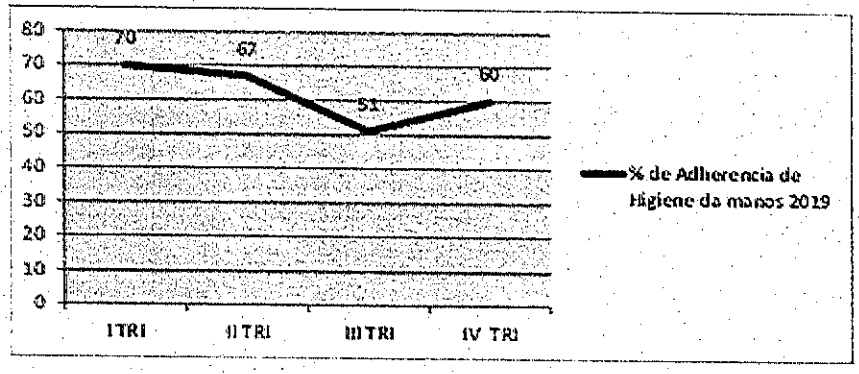
A. Medina R.

R. HERRERA M.

M.G. CANCINO H

GRÁFICO N° 10

EVOLUCIÓN DE LA ADHERENCIA DE HIGIENE DE MANOS SEGÚN TRIMESTRE 2019- HNDAC

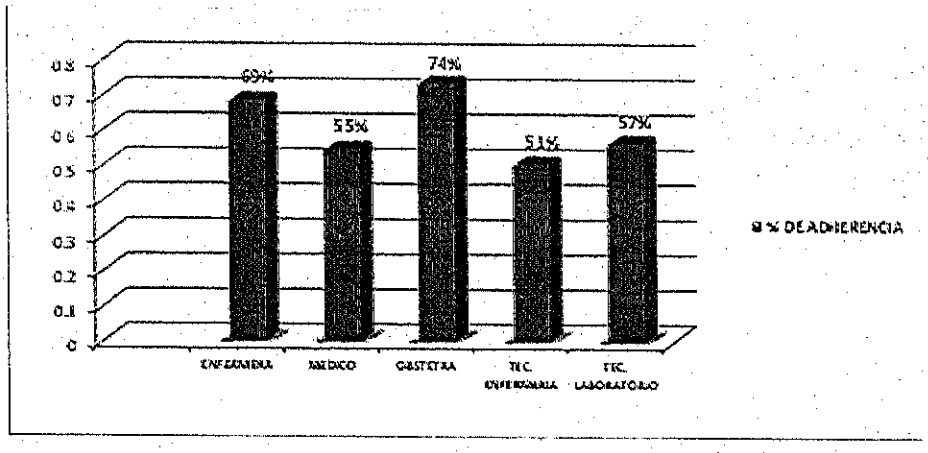


Promedio Anual 2019 de adherencia a Higiene de manos = **62%**

La adherencia a la higiene de manos en el IV trimestre 2019 por grupo ocupacional y según servicio se detalla a continuación, en el Gráfico N° 3, se observa en esta oportunidad que los profesionales de Obstetricia tienen la mayor adherencia (74%), seguido por el personal Enfermería (69%), Técnico de laboratorio (57%), Médico (55%) y Técnico de Enfermería (51%).

GRÁFICO N° 11

ADHERENCIA DE HIGIENE DE MANOS SEGÚN GRUPO OCUPACIONAL IV TRIMESTRE 2019- HNDAC



En el Gráfico N° 4, se muestra la adherencia a la higiene de manos por servicios en el IV trimestre 2019, siendo la mayor adherencia en los servicios de Emergencia UCYME (68%), Emergencia tópico Prioridad II (68%), Servicios de Ginecología y Obstetricia (65%), Centro Quirúrgico electivas (60%), Emergencia Cirugía (60%), Emergencia GO (60%) y la adherencias más bajas en UCI adultos (53%) y UCIN adultos (41%).

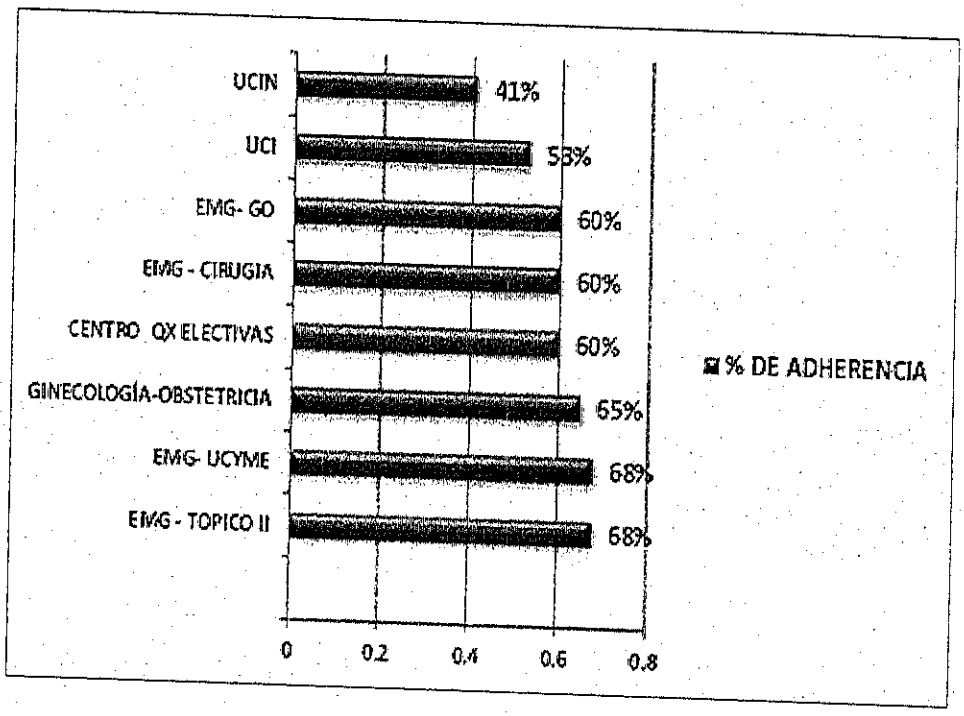
A. Medina R.

R. HERRERA M.

M.G. CANCINO H.

GRÁFICO N° 12

ADHERENCIA A LA HIGIENE DE MANOS SEGÚN SERVICIOS
IV TRIMESTRE 2019



En el Cuadro N°20 podemos observar en general el mayor uso de agua y jabón (46%) comparado con el uso del alcohol gel (14%) y una omisión importante (40%). Es preciso señalar que la proporción de omisión **después de fluidos fue de 2.5% comparado con 21%** del trimestre anterior, por lo que la actividad educativa ha favorecido el mejoramiento de este aspecto.

El **MAYOR CUMPLIMIENTO DE LA HIGIENE DE MANOS** es el momento Después de exposición a fluidos corporales (97.5%), habiendo mejora de manera importante la adherencia según esta indicación.

El **MAYOR USO OBSERVADO DE ALCOHOL GEL** es Después del contacto con el paciente (26%).

El **MAYOR USO OBSERVADO DE AGUA y JABÓN** es Después exposición a fluidos corporales (97.5%), seguido a la indicación antes de técnica aséptica (78%).

A. Medina R.

R. HERRERA M.

M.G. CANCINO H

CUADRO N° 20

ACCIONES SEGÚN INDICACIÓN DE HIGIENE DE MANOS
IV TRIMESTRE 2019

Indicación	Acción						Total
	Alcohol Gel	%	Agua y jabón	%	Omisión	%	
Antes paciente	24	18	43	32	68	50	135
Antes-aseptica	4	9	35	78	6	13	45
Despues entorno	10	7	30	22	99	71	139
Después fluidos	2	2.5	71	95	2	2.5	75
Despues-paciente	32	26	59	49	31	25	122
Total general	72	14	238	46	206	40	516

Se evaluó en el IV trimestre 2019 el uso de alcohol y agua y jabón según servicios, cuyos resultados se presentan en el cuadro N°2, observando el mayor uso de agua y jabón (46%) que el uso del alcohol gel (14%), siendo mayor el uso de agua y jabón en UCI (53%), Centro Quirúrgico electivas (52%), Servicios de Ginecología y Obstetricia (50%); y el mayor uso de alcohol gel en los servicios de Emergencia Cirugía (25%) y Emergencia UCYME (23%).

CUADRO N° 21

ACCIONES (USO DE ALCOHOL GEL / AGUA-JABÓN Y OMISIÓN)
REALIZADAS SEGÚN SERVICIOS
IV TRIMESTRE 2019

SERVICIOS	ACCIÓN						TOTAL DE OPORTUNIDADES	% DE ADHERENCIA
	Alcohol Gel	%	Agua y Jabón	%	Omision	%		
CENTRO QX ELECTIVAS	2	8	13	52	10	40	25	60%
EMG - CIRUGIA	17	25	23	35	27	40	67	60%
EMG - TOPICO II	16	21	36	47	24	32	76	68%
EMG- GO	12	10	55	49	45	41	112	60%
EMG- UCYME	22	23	44	45	31	32	97	68%
GINECOLOGÍA-OBSTETRICIA	3	15	10	50	7	35	20	65%
UCI			37	53	33	47	70	53%
UCIN			20	41	29	59	49	41%
TOTAL	72	14	238	46	206	40	516	60%

A. Medina R.

R. HERRERA M.

M.G. CANCINO H.

b) Monitoreo de la Implementación de la Cirugía Segura

Se realiza el monitoreo mensual del cumplimiento de la aplicación de la Lista de Verificación de la Seguridad Cirugía (LVSC) en los Centros Quirúrgicos de Electivas y Emergencia, lo cual se evidencia en los Informes trimestrales que se remiten a la Dirección General, Departamentos de Especialidades Quirúrgicas, Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico y Departamento de Enfermería.

En los cuadros N° 3 y 4, respectivamente, se muestra el porcentaje de aplicación de la LVSC en los Centros Quirúrgicos de Electiva y Emergencia en el cuarto trimestre y anual, por meses. Como se observa en el Cuadro N°3, la aplicación de las LVSC en las Salas Quirúrgicas de Intervenciones ELECTIVAS en el segundo semestre 2019 alcanzó en promedio 98 % de cumplimiento, con una variabilidad de 83% a 100%, y manteniendo la tendencia del I semestre 2019 que alcanzó el 99%.

CUADRO N° 22

APLICACIÓN DELVSC EN CENTRO QUIRUGICO PROGRAMADAS
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO
II SEMESTRE – 2019

PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LA APLICACION DE LA LVSC CENTRO QUIRURGICO DE ELECTIVAS II SEMESTRE 2019							
SERVICIO	JULIO	AGOSTO	SETIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	TOTAL
CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO	100	100	100	93	100	92	98
CIRUGIA PLASTICA Y QUEMADOS	100	100	100	100	100	100	100
CIRUGIA GENERAL 4 A	97	99	97	100	100	100	99
CIRUGIA GENERAL 4 B							
CIRUGIA PEDIATRICA	NA	100	100	100	100	100	100
CIRUGIA DE TORAX	100	100	100	100	100	0	83
GINECOLOGIA	100	100	100	100	100	94	99
NEUROCIRUGÍA	93	100	100	100	88	93	96
ONCOLOGIA	100	100	100	100	100	100	100
OTORRINOLARINGOLOGIA	100	100	100	100	100	100	100
TRAUMATOLOGIA	92	98	100	100	96	98	97
UROLOGIA	100	95	100	100	100	100	99
TOTAL	96	99	99	99	99	98	98

Fuente:
Cirugías: Informe Operacional del Centro Quirúrgico. Dpto de Anestesiología y Centro Quirúrgico-HNDAC.
LVSC: LVSC entregadas diariamente por la Jefatura de Enfermería del Centro Quirúrgico Electivas a la Oficina de Gestión de la Calidad.

En el Cuadro N° 4 se observa que la aplicación de las LVSC en las Salas Quirúrgicas de Emergencia en el Segundo Semestre 2019 alcanzó en promedio 98%, con una variabilidad de 79 % a 100%, manteniendo la tendencia del I semestre 2019 que fue del 97 % .

A. Medina R.

R. HERRERA M

M.G. CANCINO H

CUADRO N° 23

APLICACIÓN DE LVSC EN CENTRO QUIRUGICO EMERGENCIA
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO

PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LA APLICACION DE LA LVSC CENTRO QUIRURGICO DE EMERGENCIA II SEMESTRE 2019							
SERVICIO	JULIO	AGOSTO	SETIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	TOTAL
CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO	50	88	100	NA	NA	NA	79
CIRUGIA PEDIATRICA	100	100	50	100	100	100	98
CIRUGIA GENERAL 4 A CIRUGIA GENERAL 4 B	100	91	100	93	99	99	98
CIRUGIA DE TORAX	67	100	67	100	100	100	89
CIRUGIA PLASTICA	NA	NA	NA	NA	100	100	100
GINECOLOGIA	95	98	100	100	100	100	99
NEUROCIRUGÍA	94	50	100	67	100	100	92
ONCOLOGIA	NA	NA	NA	NA	100	100	100
OTORRINOLARINGOLOGIA	NA	NA	NA	NA	0*	NA	0*
TRAUMATOLOGIA	100	100	100	100	67	67	89
UROLOGIA	75	100	NA	100	100	100	95
TOTAL	96	96	98	98	99	99	98

Fuente:
Cirugías: Informe Operacional del Centro Quirúrgico. Dpto de Anestesiología y Centro Quirúrgico-HNDAC.
LVSC: LVSC entregadas diariamente por la Jefatura de Enfermería del Centro Quirúrgico Emergencia a la Oficina de Gestión de la Calidad.
**Otorrinolaringología: Durante el II semestre 2019 se realizó 01 (una) sola intervención quirúrgica en CQ Emergencia.*

Asimismo, se realizó la difusión de los resultados de la evaluación de la implementación de la LVSC entre el personal de salud involucrado en la atención Quirúrgica a fin de implementar acciones de mejora. Se remiten documentos a los Departamentos de Cirugía, Ginecología y Obstetricia, Anestesiología y Centro Quirúrgico, Oncología y Enfermería sobre el cumplimiento en la aplicación de la LVSC en el II Semestre 2019: Memorando Circular N° 02-2020-HNDAC/OGC: APLICACIÓN DE LA LISTA DE VERIFICACION DE LA SEGURIDAD DE LA CIRUGIA II SEMESTRE 2019.

A. Medina R.

R. HERRERA M.

M.G. CANCINO H.

c) Monitoreo de la Implementación de la Vigilancia de Eventos Adversos en Servicios Priorizados

Del total de eventos reportados en el año 2019, doscientos ocho (208), podemos observar que la mayor notificación fue por úlceras por presión estadio I y II con 45 casos (22%), neumonía asociada a ventilador mecánico con 44 casos (21%) e Infección de Herida operatoria asociada al parto por cesárea con 42 casos (20%), seguida de Infecciones del tracto urinario asociada a catéter urinario permanente con 14 casos (7%), caída de paciente con 13 casos (6%), y fugas con 12 casos (6%); y un tercer grupo representativo por la ocurrencia de infección del torrente sanguíneo asociada a catéter umbilical con 06 casos (3%), endometritis asociada al parto vaginal con 05 casos (2%) y Migración de TOT con 05 casos (2%), y otros casos que se detallan en el cuadro N° 5 y 6.

CUADRO N° 24

EVENTOS ADVERSOS REPORTADOS
IV TRIMESTRE Y ANUAL 2019

EVENTOS ADVERSOS	Primer Trim 2019	Segundo TRI 2019	Tercer TRI 2019	OCT	NOV	DIC	total	%	ANUAL	%
Infecciones Asociadas a la Atencion en Salud-IAAS										
Neumonia asociada a Ventilador Mecanico (en varios escenarios)	11	16	8	5	2	2	9	18	44	21
Infeccion del Tracto Urinario asociada a Cateter Urinario Permanente (en varios escenarios)	3	6	2	1	1	1	3	6	14	7
Infeccion del Torrente Sanguineo asociada a Cateter Umbilical(en UCI Neonatal)	1	3	0	0	1	1	2	4	6	3
Infeccion del Torrente Sanguineo asociada a Cateter Venoso Central (en UCI Adultos)	0	1	2	0	0	0	0		3	1
Infeccion de Herida Operatoria asociada a Parto por Cesarea (en Gineco Obstetricia)	7	5	20	4	4	2	10	20	42	20
ENDOMETRITIS asoc a PARTO por Cesárea	0	0	1	0	0	0	0		1	0.5
ENDOMETRITIS asoc a PARTO VAGINAL(en Gineco Obstetricia)	0	5	0	0	0	0	0		5	2
Infeccion de Herida Operatoria asociada a COLECISTECTOMÍA	0	0	3	0	0	0	0		3	1
sub total IAAS	22	36	36	10	8	6	24	48	118	57
Otros Eventos Adversos Reportados										
Ulcera por Presion (Estadio I y II)	14	5	15	4	3	4	11	22	45	22
Flebitis	2								2	1
Migracion cateter venoso central	2								2	1
Colocación frustra de CVC										
Lesion en zona superciliar	1								1	0.5
Larvas en cavidad oral	1								1	0.5
Lesion dérmica mano izq	1								1	0.5
Flogosis en punto de insercion	1								1	0.5
Migracion de TOT	1			1	2	1	4	8	5	2
Caida de pacientes (en varios escenarios)	7	4		1		1	2	4	13	6
Fugas (en varios escenarios)	1	3	4	2	1	1	4	8	12	6
Administracion de medicamento x via parenteral a un goteo mayor de lo	1								1	0.5
Flebitis por Venoclisis (CENEX-Infectologia)	1								1	0.5
Centro Quirurgico Electivas: Administracion erronea de medicamento de alto riesgo				1			1	2	1	0.5
Extubación no programada					2		2	4	2	1
Unea arterial frusta					1		1	2	1	0.5
Lesion hemicara izquierda						1	1	2	1	0.5
sub total otros EVAS	33	12	19	9	9	8	26	52	90	43
Total	33	48	55	19	17	14	50	100	208	100

A. Medina R.

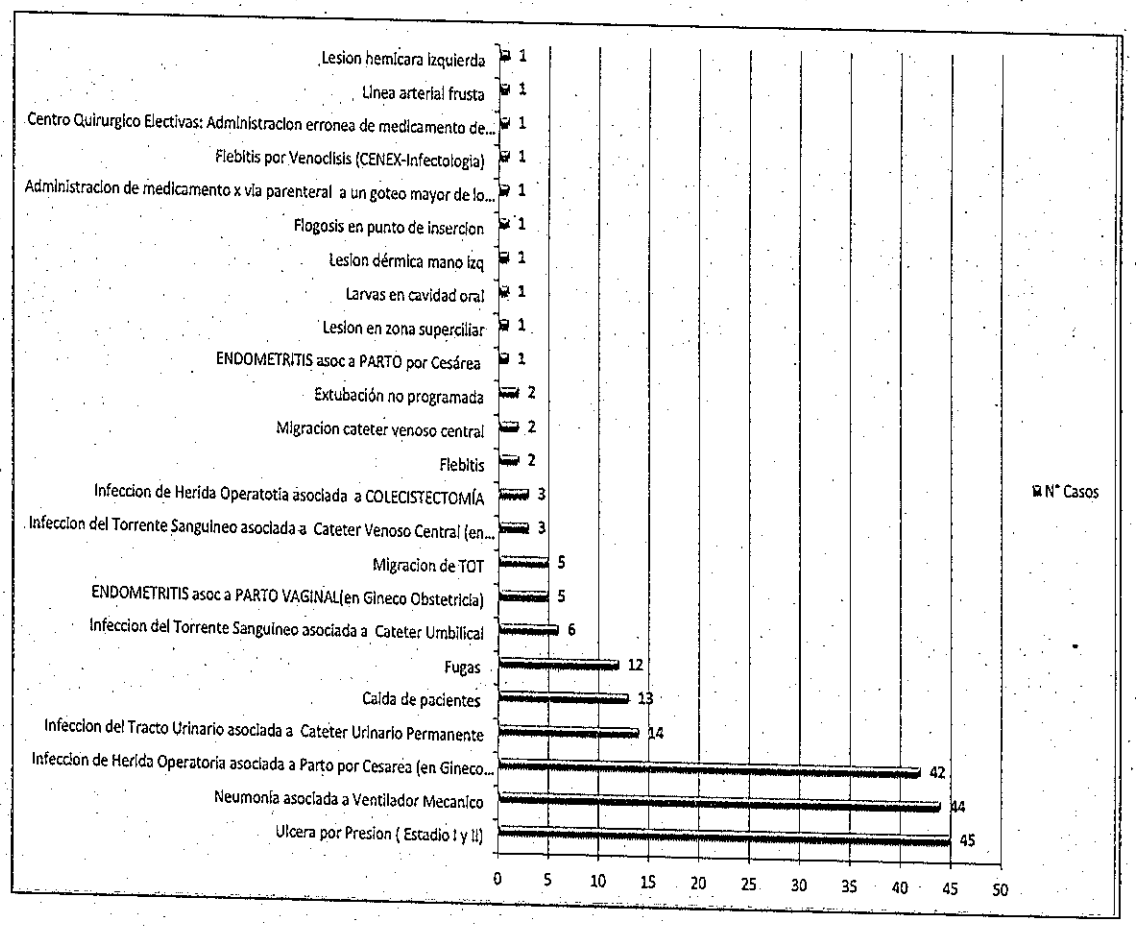
R. HERRERA M

M.G. CANCINO H.

Es importante mencionar que las infecciones asociadas a la atención de salud han representado el 57% de los casos notificados y que se ha presentado una importante proporción de casos de úlceras por presión.

CUADRO N° 25

EVENTOS ADVERSOS REPORTADOS ANUAL 2019



c) Rondas de Seguridad del Paciente en Servicios Priorizados:

En el 2019 se realizaron 07 Rondas de Seguridad del Paciente en los servicios priorizados (77.78% de cumplimiento). La selección del servicio a visitar se fundamenta en las notificaciones de eventos adversos, auditorias o reportes de reclamos. Los hallazgos de cada una de las Rondas de Seguridad son presentados mediante informes a la Dirección General y posteriormente se programan reuniones de trabajo con las Direcciones Adjuntas de Gestión Clínica y de Gestión de la Producción de servicios de salud, el servicio involucrado y los responsables de los otros departamentos o servicios que participan en el proceso de atención, para establecer el apoyo técnico o administrativo o las acciones de mejora que sean necesarias.

A. Medina R.

R. HERRERA M.

M.G. CANCINO H.

6.3 ANÁLISIS FODA-OGC DEL HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN

Las Estrategias 2020, se formulan en respuesta a los Macroprocesos priorizados considerando el enfoque de procesos de un Modelo de Gestión de un Sistema de Gestión de la Calidad en una interacción de mejora continua, las mismas que responden a aspectos relacionados a la Responsabilidad de la Dirección, Gestión de los Recursos, Realización del Servicio y la Medición, análisis y mejora, como se muestra en el FODA.

CUADRO N° 26

FODA para la Formulación de las Estrategias del Plan de Calidad HNDAC 2020

FORTALEZAS	DEBILIDADES	OPORTUNIDADES	AMENAZAS
F1. Experiencia en la Planificación, Organización y Ejecución de la Autoevaluación para la Acreditación	**D1.** La OGC sólo cuenta con el recurso humano mínimo indispensable con perfil del cargo.	**O1.** Políticas y normas nacionales que disponen la realización de acciones para una mejora de la calidad de la atención en salud.	**A1.** El HNDAC continúa atendiendo morbilidades no acordes a su nivel de complejidad lo que congestiona los servicios de emergencia y consulta externa.
F2. Experiencia en la Planificación, Organización y Ejecución para la Medición de satisfacción del usuario externo	**D2.** Limitaciones presupuestal y en la coordinación con las demás unidades orgánicas de la institución	**O2.** Compromiso Regional e Institucional por la Calidad y Seguridad del Paciente	**A2.** El HNDAC continúa brindando atenciones obstétricas , neonatales y quirúrgicas no acordes al nivel de complejidad y capacidad resolutiva.
F3. Experiencia en la Planificación, Organización y Ejecución en la Medición de tiempos y movimientos (tiempo de espera)	**D3.** Insuficiente compromiso del personal del HNDAC con el cumplimieto de los procesos de atención.	**O3.** Convenio de Gestión MINSA-REGIÓN en el marco del DL N° 1153 que establece las obligaciones para la implementación de la entrega económica anual por el cumplimiento de indicadores de desempeño y compromisos de mejora de servicios.	**A3.** No se cuenta con la infraestructura y equipamiento suficiente que permita elevar la capacidad resolutiva del HNDAC de acuerdo al nivel de complejidad.
F4. Experiencia en la Planificación, Organización y Ejecución en la Medición del Clima Organizacional.	**D4.** Insuficiente compromiso del Comité de Clima Organizacional para lograr sus metas programadas.	**O4.** Exigencia de SUSALUD al HNDAC como IPRESS en el cumplimiento de normas y estándares para la atención del usuario.	**A4.** Inexistencia de documentos de gestión actualizados en todos los niveles de gestión.
F5. Experiencia en el manejo de herramientas de calidad.	**D5.** Limitada capacitación del personal del HNDAC en la elaboración de Proyectos de Mejora continua de calidad.	**O5.** El MINSA y la DIRESA Callao brindan soporte en la elaboración de proyectos de mejora continua a través de talleres y capacitaciones.	**A5.** El HNDAC cuenta con un número mínimo de procesos de atención definidos y/o diseñados de acuerdo a la demanda actual.
F6. Comité de Auditoria Central con experiencia en la realización de Auditorías de caso por 05 años consecutivos	**D6.** Limitaciones en el cumplimiento de las recomendaciones de Autoevaluación, Auditoria y Rondas de Seguridad	**O6.** Compromiso de la Alta dirección en apoyar a la OGC en la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en el HNDAC.	**A6.** Inadecuada cultura de la calidad y seguridad en todos los niveles de atención.
F7. Experiencia en la Planificación, Organización y Ejecución de Rondas de Seguridad.	**D7.** Limitada capacitación del recurso humano en el uso de herramientas informáticas	**O7.** Disponer de un sistema de atención de reclamos y consultas operativo.	**A7.** Inadecuada cultura y clima organizacional.
F8. Experiencia en la Formulación de Normatividad para la implementación de un Sistema de Notificación, Analisis de Eventos Adversos .			**A8.** El HNDAC no cuenta con un número sufiente y adecuado de INDICADORES de calidad enfocados en procesos y resultados
F9. Experiencia y participación en los Comités de Muerte materna perinatal en el HNDAC y DIRESA.			**A9.** No se documenta formación de Gestores y Personal Operativo de servicios priorizados en Gestión del Riesgo Clinico
			A10. Inexistencia de un programa de capacitación institucional en calidad y acreditación.
			A11. Insuficiente número de Guías de Práctica Clínica y Guías de intervención de enfermería aprobadas y vigentes.
			A12. Limitaciones en la implementación conjunta de recomendaciones de Autoevaluación , Auditoria y Rondas de Seguridad

A. Martina R.

R. HERRERA M.

M.G. CANCINO H.

6.4 ESTRATEGIAS

6.4.1 Compromiso institucional en la implementación del Sistema de Gestión de Calidad en Salud.

6.4.2 Priorizar el proceso de Autoevaluación/Acreditación como una de los lineamientos de la Política Institucional.

6.4.3 Fortalecer el sistema de medición y análisis de la satisfacción del usuario externo y tiempo de espera.

6.4.4 Gestionar y fortalecer una cultura del buen trato en salud.

6.4.5 Fortalecer el Monitoreo y evaluación de los indicadores de calidad.

6.4.6 Priorizar la planificación y desarrollo de la auditoría de calidad en salud.

6.4.7 Promover la cultura de seguridad del paciente.

6.4.8 Fortalecer la gestión de riesgo clínico proactivo en la atención de salud

6.4.9 Fortalecer la gestión de riesgo clínico reactivo en la atención de salud.

6.4.10 Promover la implementación de los retos mundiales y metas internacionales para la Seguridad del paciente.

6.4.11 Mejorar las competencias del personal de salud en aspectos relacionados a la seguridad del paciente.

A. Medina R.

VII. OBJETIVOS

7.1 OBJETIVO GENERAL DEL PLAN:

Contribuir al desarrollo del Sistema de Gestión de la Calidad en el HNDAC, integrado al Sistema de Gestión Hospitalaria, conducente a lograr resultados de mayor impacto en la mejora de la calidad de atención de salud y satisfacción de los usuarios internos y externos.

R. HERRERA M.

7.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

O.E.1 Desarrollar el Sistema de Gestión de la Calidad en el HNDAC.

O.E.2 Desarrollar el proceso de autoevaluación y mejoramiento de los estándares para la acreditación hospitalaria.

O.E.3 Conocer el grado de satisfacción de los usuarios externos y otras mediciones pertinentes en Consulta Externa, Hospitalización y Emergencia del HNDAC para apoyar la toma de decisiones.

OE.4 Promover e implementar una cultura del buen trato en salud.

O.E.5 Implementar el monitoreo y evaluación de los indicadores de Calidad.

M.G. CANCINO H.

O.E.6 Contribuir mediante la Auditoría a mejorar la calidad de la atención en salud.

O.E.7 Estandarizar y documentar la adherencia a las prácticas seguras en la atención del paciente.

O.E.8 Promover la gestión de riesgos en los Servicios priorizados a través del registro y análisis periódico de incidentes y de eventos adversos.

O.E.9 Implementar acciones de mejora y/o proyectos de mejora continua de la calidad.

VIII. DESARROLLOS DE ACTIVIDADES

O.E.1 Desarrollar el Sistema de Gestión de la Calidad en el HNDAC.

a) Elaborar y aprobar el Plan de Gestión de la Calidad 2020

b) Difundir y socializar el Plan de Gestión de la Calidad 2020

c) Monitorear el cumplimiento del Plan de Gestión de la Calidad 2020

d) Fortalecer las competencias del personal de la institución en Gestión de la Calidad

e) Difundir las Políticas y lineamientos del Ministerio de Salud y la DIRESA Callao para la Gestión de la Calidad.

O.E.2 Desarrollar el proceso de autoevaluación y mejoramiento de los estándares para la acreditación hospitalaria.

a) Desarrollar acciones de sostenibilidad del proceso de acreditación hospitalaria.

b) Liderar el proceso de Autoevaluación 2020 para la acreditación

O.E.3 Conocer el grado de satisfacción de los usuarios externos y otras mediciones pertinentes en Consulta Externa, Hospitalización y Emergencia del HNDAC para apoyar la toma de decisiones

a) Realizar el Estudio de Tiempos y movimientos en la consulta externa para la disminución de los tiempos de espera en los procesos de atención en consulta externa.

b) Emplear mecanismos de participación de los usuarios externos para la mejora de la satisfacción del usuario externo

c) Ejecutar la Medición de la Satisfacción del usuario externo en consulta externa/hospitalización/emergencia.

A. Medina R.

R. HERRERA M.

M.G. CANCINO H.

O.E.4 Promover una cultura del buen trato en salud

a) Difundir los derechos y deberes de las personas usuarias de los servicios de salud.

b) Capacitar al personal de salud asistencial y administrativo referente a la Promoción y Protección de los Derechos de las personas usuarias de los servicios de salud.

c) Capacitar en Buen Trato en la atención en Salud al personal de servicios priorizados.

d) Elaborar un Plan piloto para promover la cultura de humanización en la atención de los pacientes.

e) Fortalecer el Sistema de información, orientación y absolución de consultas y reclamos en salud.

O.E.5 Implementar los procesos de monitoreo y evaluación de los indicadores de calidad.

a) Verificar la implementación de los indicadores de calidad de los Departamentos Clínicos.

b) Analizar los resultados de los indicadores de calidad de los Departamentos Clínicos.

O.E.6 Contribuir mediante la auditoría a mejorar la calidad de la atención en salud.

a) Elaborar el Plan Anual de Auditoria de la Calidad en Salud 2020.

b) Continuar con la implementación de la Norma Técnica de Salud de Auditoria de la Calidad de la Atención en Salud Versión 02.

c) Realizar Auditorías de la Calidad en Salud.

d) Realizar Auditorías de Gestión Clínica

e) Efectuar el seguimiento del cumplimiento de las Recomendaciones de las Auditorías

A. Medina R.

R. HERRERA M.

M.G. CANCINO H.

O.E.7 Estandarizar y documentar la adherencia a las prácticas seguras en la atención del paciente.

a) Elaborar el Plan Anual de Seguridad del Paciente 2020.

b) Asesorar en la elaboración de Documentos Técnicos para el fortalecimiento de buenas prácticas de atención.

c) Ejecutar de Rondas de Seguridad del Paciente en los Servicios priorizados con énfasis en la práctica de higiene de manos.

d) Realizar el seguimiento de la implementación de las recomendaciones de las Rondas de Seguridad.

e) Monitorear la implementación de la Guía Técnica para el Proceso de Higiene de Manos en el HNDAC

f) Aplicar la encuesta para evaluar la implementación de la Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía.

g) Evaluar la adecuada aplicación de la Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía en los Centros Quirúrgicos.

A. Medina R.

O.E.8 Promover la gestión de riesgos en los Servicios priorizados a través del registro y análisis periódico de incidentes y de eventos adversos.

a) Actualizar y aprobar la Directiva de Registro, Notificación y Análisis de eventos adversos en el HNDAC.

b) Difundir la Directiva de Registro, Notificación y Análisis de eventos adversos en el HNDAC.

c) Recopilar, consolidar y clasificar la información sobre los eventos adversos notificados.

d) Analizar los eventos adversos centinela y elaboración del informe.

R. HERRERA M.

O.E.9 Implementar acciones de mejora y/o proyectos de mejora continua de la calidad

a) Conformar los círculos de calidad de las UPSS del HNDAC.

b) Capacitar a los círculos de calidad en el uso de las herramientas de calidad para la mejora continua.

c) Capacitar al personal de los Equipos de Mejora continua de la calidad (EMCC) en la elaboración de proyectos de mejora continua.

M.G. CANCINO H.

IX. MONITOREO Y EVALUACIÓN

Para el monitoreo y evaluación del Plan de Gestión de la calidad, que comprende el objetivo estratégico general número 2 del Plan Estratégico Regional (PEI) 2019-2021, se realizará en base a lo siguiente:

a) Porcentaje de cumplimiento del Plan de Gestión de la Calidad 2018.

b) Número de macroprocesos que han superado el 85% de criterios óptimos en el proceso de Autoevaluación.

c) Nivel de satisfacción del Usuario Externo – Resultado SERVQUAL y tiempos y movimientos.

d) Número de actividades para implementar una cultura del buen trato en salud.

e) Porcentaje del cumplimiento de los indicadores de calidad.

f) Porcentaje de cumplimiento de las auditorias de calidad en salud.

g) Porcentaje de cumplimiento de la línea de acción de Seguridad del Paciente.

h) Número de Proyectos y/Acciones de Mejora desarrollados.

X. PERIODO DE VIGENCIA

Año 2020

XI. PRESUPUESTO

El presupuesto de las actividades programadas en el Plan Anual de Gestión de la Calidad, ha considerado los bienes, servicios y activos fijos necesarios para su desarrollo. Asimismo se ha excluido del presente presupuesto las capacitaciones para el personal profesional de la Unidad de Auditoria y de los Comités de Auditoría y Equipos Adscritos por Departamentos, así como del personal administrativo, por estar consideradas en el Plan de Desarrollo de las Personas 2020 del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión.

A. Martina R.

R. HERRERA M.

M.G. CANCINO H.

PRESUPUESTO DEL PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD-2020
HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN

N°	CANTIDAD	UNIDAD	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO	SUB TOTAL	TOTAL PARCIAL
I. BIENES						
1.1 Utiles de escritorio						S/. 7,803.00
1	24	Unidades	Archivador palanca t/ancho 34x28.5x8.5cm	6.00	144.00	
2	12	Unidades	Borrador mixto t/mediano	1.00	12.00	
3	6	Rollos	Cinta adhesiva transparente	3.00	18.00	
4	24	Cajas	Clip stándar	1.50	36.00	
5	06	Unidades	Cuaderno cuadriculado x 200 hojas t/a4	2.00	12.00	
6	10	Unidades	Faster	7.00	70.00	
7	350	Unidades	Folder manila t/a-4	0.50	175.00	
8	01	Unidad	Foliador	100.00	100.00	
9	06	Frascos	Goma blanca sintetica x 250 grs	3.00	18.00	
10	24	Cajas	Grapa 26/6 x 5000	3.00	72.00	
11	120	Unidades	Lapiz negro N° 2 c/borrador	1.00	120.00	
12	300	Unidades	Lapiceros de tinta azul	1.00	300.00	
13	100	Unidades	Lapiceros de tinta negra	1.00	100.00	
14	02	Unidades	Mota	5.00	10.00	
15	24	Millares	Papel Bond A-4	27.00	648.00	
16	100	Pliegos	Papelografo 80 gr 61 x 86	0.50	50.00	
17	2	Unidades	Pizarra de corcho	100.00	200.00	
18	01	Unidad	Pizarra acrilica	200.00	200.00	
19	12	Unidades	Plumón de punta gruesa p/pizarra acrilica negro	6.50	78.00	
20	36	Unidades	Plumón de punta gruesa p/pizarra acrilica azul	6.50	234.00	
21	04	Unidades	Regla de plastico de 30 cm.	1.50	6.00	
22	04	Unidades	Sacagrapas	2.00	8.00	
23	60	Unidades	Sobre manila t/a-4	0.50	30.00	
24	2	Unidades	Tijera mediana para cortar papel	10.00	20.00	
25	14	Unidades	Tóner para impresora hp laser jet 1102 -85-a	300.00	4200.00	
26	6	Rollos	Vinifan	5.00	30.00	
1.2 COOFEE-BREACK(Curso taller)						
1	400	Unidades	Sandwiches	2.00	800.00	
2	16	Unidades	Gaseosas de tres litros	7.00	112.00	
II. SERVICIOS						S/. 16,956.00
1	41	Unidades	Anillados	5.00	205.00	
2	11,500	Unidades	Copias de los informes de auditoria de calidad, médica, de registro clinico, Autoevaluación y otros informes.	0.10	1,150.00	
3	1	Unidad	Ponente (por 18 horas S/. 150.00 la hora)	2,700.00	2,700.00	
4	1	Unidad	Trabajo de campo de la Medición de Tiempos y Movimientos - 2019	4,300.00	4,300.00	
5	2	Unidades	Trabajo de campo de la Encuesta de Satisfacción del Usuario Externo (SERVQUAL Modificado) 2019	4,300.00	8,600.00	
III. ACTIVO FIJO						S/. 4,200.00
1	1	Unidad	Estante de tres niveles de melamine con ángulos o escuadra	600.00	600.00	
2	1	Unidad	Equipo de computo con CPU, monitor lcd, estabilizador y lectora	3,600.00	3,600.00	
			TOTAL GENERAL			S/. 28,959.00

NOTA: En el ítem material de escritorio está incluido los materiales que se utilizarán en las actividades de los Equipos de Apoyo Técnico, Auditoría de la Calidad en Salud, Garantía y Seguridad del Paciente, Autoevaluación, Tiempos y Movimientos, Satisfacción del usuario y en las capacitaciones programados en el Plan Anual de Gestión de la Calidad en Salud 2020.

A. Medina R.

R. HERRERA M.

M.G. CANCINO H.

XII. CUADRO DE ACTIVIDADES Y SUS ATRIBUTOS

PLAN ANUAL DE GESTION DE LA CALIDAD EN SALUD-2020
CUADRO DE ACTIVIDADES Y SUS ATRIBUTOS

UNIDAD ORGÁNICA: OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD
OBJETIVO ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL DEL PEI: OEI 2 Garantizar la Atención Integral de los Servicio de Salud a la Población:
ESTABLECIMIENTOS DE SALUD: Nivel III-1. Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión

DENOMINACIÓN				CRITERIOS DE PROGRAMACIÓN			CRONOGRAMA												RESPONSABLES
N°	OBJETIVO ESPECÍFICO	ACTIVIDADES	UNID DE MEDIDA	FACTOR DE CONCENTRACIÓN	DEFINICIÓN OPERACIONAL	FUENTE/VERIFICACIÓN REGISTR.	ENER	FEBR	MARZ	ABR	MAY	JUN	JUL	AGOS	SET	OCT	NOV	DIC	
01	Desarrollar el Sistema de Gestión de la Calidad en el HNDAC	Elaborar y aprobar el Plan de Gestión de la Calidad 2020	Plan de Gestión de la Calidad 2019	1	Documento mediante el cual se establecen los objetivos, actividades y tareas relacionadas a las líneas de acción del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud	Documento fisico y su respectiva versión digital. RD que aprueba el Plan.			1										OGC DIRECCION GENERAL
		Difundir y socializar el Plan de Gestión de la Calidad 2020	Informe	1	Actividades de difusión y socialización del Plan de Gestión de Calidad 2020	Informe de Difusión del Plan de Gestión de la Calidad 2020. Reuniones del Equipo de Gestión. Actas. Publicación en la página web HNDAC				1									OGC DIRECCION GENERAL
		Monitorear el cumplimiento del Plan de GC HNDAC 2020	Informes	4	Documento mediante el cual se informa a la DG y DIRESA Callo sobre el avance de metas del Plan de Gestión de la Calidad 2020	Informe del cumplimiento del Plan de Gestión de la Calidad 2020		1		1			1			1			OGC
		Fortalecer las competencias del personal de la institución en Gestión de la Calidad	Informes	2	Conjunto de actividades de capacitación a los jefes de Departamentos , Servicios y Oficinas sobre el Sistema de Gestión de la Calidad en salud	Talleres. Documentos emitidos al respecto.					1					1			OGC, OARRHH, JEFATURAs DE DEPARATMENTOS y OFICINAS
		Difundir las Políticas y lineamientos del MINSA y DIRESA CALLAO para la Gestión de la Calidad.	Publicación web	1	Actividades de difusión de los documentos técnicos del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud	Bitácora de Calidad en la Página web del HNDAC			1										OGC

A. Medina R.
G. HERRERA
M.G. CANCINO H.

M.G. CANCINO H

PLAN ANUAL DE GESTION DE LA CALIDAD EN SALUD-2020
CUADRO DE ACTIVIDADES Y SUS ATRIBUTOS

UNIDAD ORGÁNICA: OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD
OBJETIVO ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL DEL PEI: OEI 2 Garantizar la Atención Integral de los Servicio de Salud a la Población:
ESTABLECIMIENTOS DE SALUD: Nivel III-1. Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión

DENOMINACIÓN						CRITERIOS DE PROGRAMACIÓN														
Nº	OBJETIVO ESPECIFICO	ACTIVIDADES	UNIDAD DE MEDIDA	FACTOR DE CONCENTRACIÓN	DEFINICIÓN OPERACIONAL	FUENTE VERIFICACIÓN REGSTR.	CRONOGRAMA ENER	FEBR	MARZ	ABR	MAY	JUN	JUL	AGOS	SET	OCT	NOV	DIC	RESPONSABLES
2	Desarrollar el proceso de autoevaluación y mejoramiento de los estándares para la acreditación hospitalaria.	Desarrollar acciones de sostenibilidad del proceso de acreditación hospitalaria	Plan de Acreditación 2020	1	Documento mediante el cual se establecen los objetivos y actividades del Proceso de acreditación hospitalaria	Documento físico y virtual del Plan y RD que lo aprueba.			1										COMITÉ HOSPITALARIO DE ACREDITACIÓN, OGC.
			Informe	1	Documento mediante el cual se informa del cumplimiento de las actividades del Plan de Acreditación 2020	Documento físico. Actas. Reuniones											1		COMITÉ HOSPITALARIO DE ACREDITACIÓN, OGC
			Plan de acciones de mejora 2020	1	Documento mediante el cual se establecen los objetivos, actividades y tareas para alcanzar el cumplimiento de los criterios de acreditación de los macroprocesos priorizados en base a los resultados de la autoevaluación 2020.	Documento físico y RD que aprueba el Plan					1								COMITÉ HOSPITALARIO DE ACREDITACION OGC
			Informe	1	Documento mediante el cual se informa del monitoreo de la mejora de los macroprocesos priorizados	Documento físico										1			COMITÉ DE ACREDITACION OGC
		Liderar el proceso de Autoevaluación 2019 para la acreditación	Resolución Directoral del equipo de evaluadores institucionales 2020	1	Acciones y coordinaciones para convocar a nuevos evaluadores a quienes se les capacitarán y acreditarán.	Resolución de Equipo de autoevaluadores				1									DIRECCION GENERAL OGC
			Plan de Autoevaluación 2020	1	Documento mediante el cual se establecen los objetivos y actividades de la autoevaluación	Documento físico y RD que lo aprueba				1									COMITÉ HOSPITALARIO DE ACREDITACIÓN. OGC
			Proceso de autoevaluación 2020	1	Actividades de evaluación interna del establecimiento de salud, mediante estándares preestablecidos, agrupados y clasificados en categoría de Macroprocesos Gerenciales, Prestacionales y de Apoyo.	Documento de comunicación de inicio de autoevaluación Informes Técnicos de Autoevaluación. Base de Datos del PAES									1					COMITÉ DE AUTOEVALUACIÓN COMITÉ HOSPITALARIO DE ACREDITACIÓN OGC.
			Informe final de la Autoevaluación	1	Resultados y recomendaciones de la autoevaluación 2020	Documento físico del resultado del proceso de autoevaluación											1		COMITÉ DE AUTOEVALUACIÓN OGC

PLAN ANUAL DE GESTION DE LA CALIDAD EN SALUD-2020
CUADRO DE ACTIVIDADES Y SUS ATRIBUTOS

UNIDAD ORGÁNICA: OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD
OBJETIVO ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL DEL PEI: OEI 2 Garantizar la Atención Integral de los Servicio de Salud a la Población:
ESTABLECIMIENTOS DE SALUD: Nivel III-1. Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión

DENOMINACIÓN				CRITERIOS DE PROGRAMACIÓN				CRONOGRAMA												RESPONSABLE
N°	OBJETIVO ESPECÍFICO	ACTIVIDADES	UNID. DE MEDIDA	FACTOR DE CONCENTRACIÓN	DEFINICIÓN OPERACIONAL	FUENTE/VERIFICACIÓN	REGISTR.	ENER	FEBR	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC	
3	Conocer el grado de satisfacción de los usuarios externos y otras mediciones pertinentes en Consulta Externa, Hospitalización y Emergencia del HNDAC para apoyar la toma de decisiones	Realizar el Estudio de Tiempos y movimientos en la consulta externa para la disminución de los tiempos de espera en los procesos de atención en consulta externa.	Plan de estudio deTiempos y movimientos	1	Metodología para establecer los estándares de tiempo en las rutas seleccionadas de los procesos de atención en consulta extema y/o emergencia	Documento físico y RD que lo aprueba.				1										OGC-UNIDAD DE APOYO
			Mediciones/informes	2		Informe conteniendo los resultados de la intervención en las tres etapas de la metodología (medición de tiempos de espera, observación de nudos críticos y elaboración de planes de mejora)					1	1								OGC-UNIDAD DE APOYO
			Socialización de Resultados/Acciones de mejora	1	Actividades de difusión y socialización de los resultados del estudio de tiempos y movimientos para la mejora continua	Actas de reuniones. Instrumentos de monitoreo.							1							OGC-UNIDAD DE APOYO DEPARTAMENTO DE ATENCION AMBULATORIA Y HOSPITALIZACION. DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA Y CUIDADOS CRITICOS
		Emplear mecanismos de participación de los usuarios externos para la mejora de la satisfacción del usuario externo	Informe	4	Conjunto de acciones que contribuyan al mejoramiento de las interrelaciones personales de los colaboradores del HNDAC con los usuarios externos.	Informe Técnico del análisis realizado, producto de los reclamos registrados por los usuarios, para implementar estrategias que mejoren la satisfacción del usuario			1		1			1			1			OGC-UNIDAD DE APOYO
		Ejecutar la Medición de la Satisfacción del usuario externo en consulta externa/hospitalización/emergencia.	Plan de estudio de satisfacción del usuario externo	1	Metodología para determinar la percepción, reclamacos y sugerencias de los usuarios externos para la mejora de la atención.	Documento físico y RD que lo aprueba.				1										OGC-UNIDAD DE APOYO
			Mediciones/informes	4		Informe de los resultados de la medición.					1	1						1	1	OGC-UNIDAD DE APOYO
			Socialización de Resultados/Acciones de mejora	1	Actividades de difusión y socialización de los resultados del estudio de tiempos y movimientos para la mejora continua	Actas de reuniones. Instrumentos de monitoreo.							1							OGC-UNIDAD DE APOYO DEPARTAMENTO DE ATENCION AMBULATORIA Y HOSPITALIZACION.

A. Medina R.

M.G. CANCINO H

PLAN ANUAL DE GESTION DE LA CALIDAD EN SALUD-2020
CUADRO DE ACTIVIDADES Y SUS ATRIBUTOS.

M.G. CANCINO

UNIDAD ORGÁNICA: OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD
OBJETIVO ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL DEL PEI: OEI 2 Garantizar la Atención Integral de los Servicio de Salud a la Población:
ESTABLECIMIENTOS DE SALUD: Nivel III-1. Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión

DENOMINACIÓN				CRITERIOS DE PROGRAMACIÓN															RESPONSABLE
Nº	OBJETIVO ESPECIFICO	ACTIVIDADES	UNIDAD DE MEDIDA	FACTOR DE CONCENTRACIÓN	DEFINICIÓN OPERACIONAL	FUENTE VERIFICACIÓN / REGISTR.	CRONOGRAMA												
							ENER.	FEBR.	MARZ.	ABR.	MAY.	JUN.	JUL.	AGOS.	SET.	OCT.	NOV.	DIC.	
4	Promover una cultura del buen trato en salud	Difundir los derechos y deberes de las personas usuarias de los servicios de salud	Informe	3	Actividades de socialización y difusión de los deberes y derechos de las personas usuarias de los servicios de salud	Documentos físicos. Página web. Folletería				1			1			1			PAUS OFICINA DE IMAGEN INSTITUCIONAL OGC
		Capacitar al personal de salud asistencial y administrativo referente a la Promoción y Protección de los Derechos de las personas usuarias de los servicios de salud.	Informe	2	Conjunto de actividades que promueven el conocimiento de los deberes y derechos de los usuarios externos por el personal asistencial y administrativo del HNDAC	Documento Físico. Plan de Capacitación.Registro de asistencia.						1					1		OARRHH PAUS OGC
		Capacitar en Buen Trato en la atención en Salud al personal de servicios priorizados.	Informe	2	Conjunto de actividades que promueven el conocimiento y las competencias en buen trato en salud	Documento Físico. Plan de Capacitación.Registro de asistencia.					1						1		COMITÉ DE CLIMA ORGANIZACIONAL OARRHH , PAUS, OGC, DPTO DE PSICOLOGIA
		Elaborar un Plan piloto para promover la cultura de humanización en la atención de los pacientes.	Plan piloto para promover la cultura de humanización	2	Conjunto de actividades que promueven el conocimiento y las competencias en buen trato en salud	Documento físico. Plan aprobado por la Dirección General para su implementación					1				1				OGC-UNIDAD DE APOYO
		Fortalecimiento del Sistema de información, orientación y absolución de reclamos en salud	Informe y/o Acta	3	Conjunto de actividades para evlauar la atención de los reclamos y la calidad de registro	Reuniones. Visitas inopinadas. Acta				1			1			1			PAUS OGC
5	Implementar el monitoreo y evaluación de los Indicadores de Calidad.	Verificar la implementación de los indicadores de calidad y seguridad del paciente en los Departamentos Clínicos.	Informes	4	Acciones de verificación de la implementación y desarrollo de los indicadores establecidos	Actas de reuniones. Instrumentos de monitoreo.			1			1			1			1	OGC-UNIDAD DE APOYO
		Análizar los resultados de los indicadores de calidad de los Departamentos Clínicos.	Informes	3	Actividad de evaluación del cumplimiento de los indicadores establecidos	Documento que describe el grado de cumplimiento de los indicadores establecidos, análisis, conclusiones y recomendaciones para la mejora.			1				1				1		OGC-UNIDAD DE APOYO

PLAN ANUAL DE GESTION DE LA CALIDAD EN SALUD-2020
CUADRO DE ACTIVIDADES Y SUS ATRIBUTOS

UNIDAD ORGÁNICA: OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD
OBJETIVO ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL DEL PEI: OEI 2 Garantizar la Atención Integral de los Servicio de Salud a la Población:
ESTABLECIMIENTOS DE SALUD: Nivel III-1. Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión

DENOMINACIÓN			CRITERIOS DE PROGRAMACIÓN				CRONOGRAMA												RESPONSABLE
OBJETIVO ESPECÍFICO	ACTIVIDADES	UNIDAD DE MEDIDA	FACTOR DE CONCENTRACIÓN	DEFINICIÓN OPERACIONAL	FUENTE/VERIFICACIÓN REGISTRO		ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC	
Contribuir mediante la auditoría a mejorar la calidad de la atención en salud.	Elaborar el Plan Anual de Auditoría de la Calidad en Salud HNDAC	Plan elaborado y aprobado	1	Recopilar información, analizarla. Definir la problemática. Redactar el plan. Gestionar su aprobación. Difundirlo	Documentos de trabajo y de gestión. Documento que contiene el Plan Anual. R.D.				1										OGC-UNIDAD DE AUDITORIA
	Continuar con la Implementación de la Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud Versión 02.	Conformación de Equipos de Auditoría adscritos con R.D.	3	Proceso de identificación, aceptación y compromiso de quienes conformarían los equipos de Auditoría Adscritos, mediante acto resolutivo.	Resolución Directoral. Actas de reunión e informes							1					1		OGC-UNIDAD DE AUDITORIA
		Plan de trabajo elaborado por los Equipos de Auditoría Adscritos de acuerdo a temas priorizados.	3	Priorizar temas. Recopilar información, analizarla. Redactar el plan.	Documentos de trabajo y de gestión.						1				1			1	
	Realizar auditorías de la calidad en salud	Informes	4	Procedimiento sistemático y continuo del cumplimiento de estándares y requisitos de calidad buscando la mejora continua de los procesos de atención. Comprende auditorías de adherencia a guías de práctica, pertinencia médica entre otros.	Documentos de evaluación y Guías de Práctica Clínica o Guías de Intervención de Enfermería				1			1				1		1	OGC-UNIDAD DE AUDITORIA
	Realizar auditorías de Gestión Clínica	Informes	3	Auditoría que puede motivar oportunidades de mejora en términos de efectividad, eficiencia, cobertura, costos y otros. Comprende auditoría de registros, de procesos de gestión, de indicadores entre otros.	Informe auditoría. Actas de reunión					1					1			1	OGC-UNIDAD DE AUDITORIA. EQUIPO DE AUDITORIA DE ENFERMERÍA
	Efectuar el seguimiento de Recomendaciones de las Auditorías	Informes	4	Verificar la implementación de las recomendaciones indicadas en los Informes y/o Reportes de Auditoría según corresponda.	Informes de auditoría Reportes de auditoría Verificación documentaria actas de reunión				1			1			1			1	OGC-UNIDAD DE AUDITORIA

A. Medina R.

Q. HERRERA

M.G. CANCINO H.

PLAN ANUAL DE GESTION DE LA CALIDAD EN SALUD-2020
CUADRO DE ACTIVIDADES Y SUS ATRIBUTOS

UNIDAD ORGÁNICA: OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD
OBJETIVO ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL DEL PEI: OEI 2 Garantizar la Atención Integral de los Servicio de Salud a la Población:
ESTABLECIMIENTOS DE SALUD: Nivel III-1. Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión

Nº	DENOMINACIÓN			CRITERIOS DE PROGRAMACIÓN			CRONOGRAMA												RESPONSABLE
	OBJETIVO ESPECIFICO	ACTIVIDADES	UNID DE MEDIDA	FACTOR DE CONCENTRACIÓN	DEFINICIÓN OPERACIONAL	FUENTE/VERIFICACIÓN - REGISTR.	ENER	FEBR	MARZ	ABR	MAY	JUN	JUL	AGOS	SET	OCT	NOV	DIC	
8	Promover la gestión de riesgos en los Servicios priorizados a través del registro y análisis periódico de Incidentes y de eventos adversos.	Actualizar y aprobar la Directiva de Registro, Notificación y Análisis de eventos adversos en el HNDAC	Directiva actualizada	1	Documento técnico que estandariza el procedimiento de registro, notificación y análisis de eventos adversos en el HNDAC	Documento fisico y RD de aprobación				1									COMITÉ DE SEGURIDAD DEL PACIENTE Y GESTION DE RIESGOS OGC UNIDAD DE GARANTIA Y MEJORAMIENTO
		Difundir la Directiva de Registro, Notificación y Análisis de eventos adversos en el HNDAC.	Informes	3	Actividades de difusión de los documentos técnicos del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud	Actas de reunión. Documentos de Análisis del evento adverso.				1			1			1			JEFES DE DEPARTAMENTOS OGC-UNIDAD GARANTIA Y MEJORAMIENTO
		Recopilar, consolidar y clasificar la información sobre los eventos adversos notificados.	Informes	4	Conjunto de actividades que refuerza la importancia y utilidad de la gestion de riesgos, la identificacion y reporte de incidentes y eventos adversos en la atencion de salud del paciente	Documentos de reporte de EVAS	1			1			1			1			JEFES DE DEPARTAMENTOS OGC-UNIDAD GARANTIA Y MEJORAMIENTO
		Analizar los eventos adversos centinela y elaboración del informe	Informes	2		Actas de reunión. Documentos de Análisis del evento adverso.							1					1	JEFES DE DEPARTAMENTOS OGC-UNIDAD GARANTIA Y MEJORAMIENTO

M.G. CANCINO H.

M.G. CANCINO H.

R. HERRERA M.

PLAN ANUAL DE GESTION DE LA CALIDAD EN SALUD-2020

CUADRO DE ACTIVIDADES Y SUS ATRIBUTOS

UNIDAD ORGÁNICA: OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD
OBJETIVO ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL DEL PEI: OEI 2 Garantizar la Atención Integral de los Servicio de Salud a la Población:
ESTABLECIMIENTOS DE SALUD: Nivel III-1. Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión

DENOMINACIÓN				CRITERIOS DE PROGRAMACIÓN															
Nº	OBJETIVO ESPECÍFICO	ACTIVIDADES	UNID. DE MEDIDA	FACTOR DE CONCENTRACIÓN	DEFINICIÓN OPERACIONAL	FUENTE/ VERIFICACIÓN REGISTR.	CRONOGRAMA												RESPONSABLE
							ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN.	JUL.	AGO	SET.	OCT.	NOV.	DIC.	
		Elaborar el Plan Anual de Seguridad del Paciente 2020	Plan elaborado y aprobado	1	Proceso de definición de actividades y su estructuración en un conjunto coherente distribuido en el tiempo. Redacción y gestión de su aprobación.	Documento físico y virtual del Plan y RD que lo aprueba.			1										OGC-UNIDAD GARANTIA Y MEJORAMIENTO
		Asesorar en la elaboración de Documentos Técnicos para el fortalecimiento de buenas prácticas de atención	Documento Técnico elaborado y aprobado	2	Proceso de implementación y estandarización de acciones de seguridad para prevenir y disminuir el daño asociado a la atención en salud.	Documento físico y virtual de las Directiva de Buenas Prácticas de Atención y RD que lo aprueba.						1				1			OGC-UNIDAD GARANTIA Y MEJORAMIENTO
7	Estandarizar y documentar la adherencia a las prácticas seguras en la atención del paciente	Ejecutar las Rondas de Seguridad del Paciente en los Servicios priorizados con énfasis en la práctica de higiene de manos.	Documento de observaciones y compromiso de mejoras remitidos	12	Verificación por el equipo de ronda, en los servicios priorizados, el grado de cumplimiento de prácticas seguras	Documentos preparatorios, instrumentos. Documentos de coordinación.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	COMITÉ DE RONDAS. OGC, UNIDAD DE GARANTIA Y MEJORAMIENTO
		Realizar el seguimiento de la implementación de las recomendaciones de las Rondas de Seguridad.	Informes	3	Actividad para comprobar y evaluar la implementacion de recomendaciones.	Informe de la implementación de las recomendaciones					1			1			1		OGC-UNIDAD GARANTIA Y MEJORAMIENTO
		Monitorear la implementación de la Guía Técnica para el Proceso de Higiene de Manos en el HNDAC	Informes	3	Conjunto de actividades que promueven la implementación de la Guía Técnica para el Proceso de Higiene de Manos en el HNDAC	Documento Físico. Hojas de monitoreo				1			1			1			OGC-UNIDAD GARANTIA Y MEJORAMIENTO
		Aplicar la encuesta para evaluar la implementación de la "Lista de Verificación de Seguridad de la cirugía".	Informes	2	Actividad para comprobar y evaluar la aplicación de la LVSC y proponer acciones de mejora	Informe de los resultados obtenidos en la encuesta de la "Lista de Verificación de Seguridad de la cirugía".						1						1	JEFES DE DEPARTAMENTOS OGC-UNIDAD GARANTIA Y MEJORAMIENTO
		Evaluar la adecuada aplicación de la LVSC en los Centros Quirúrgicos	Informes	2	Actividad para identificar las limitaciones para la aplicación de la LVSC y fortalecer su uso.	Informe de los resultados de la de aplicación de la LVSC.				1			1				1		JEFES DE DEPARTAMENTOS OGC-UNIDAD GARANTIA Y MEJORAMIENTO

A. Medina R. M.G. CANCINO H.

PLAN ANUAL DE GESTION DE LA CALIDAD EN SALUD-2020
CUADRO DE ACTIVIDADES Y SUS ATRIBUTOS

UNIDAD ORGÁNICA: OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD
OBJETIVO ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL DEL PEI: OEI 2 Garantizar la Atención Integral de los Servicio de Salud a la Población:
ESTABLECIMIENTOS DE SALUD: Nivel III-1. Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión

DENOMINACIÓN				CRITERIOS DE PROGRAMACIÓN															RESPONSABLE
	OBJETIVO ESPECIFICO	ACTIVIDADES	UNID. DE MEDIDA	FACTOR DE CONCENTRACIÓN	DEFINICIÓN OPERACIONAL	FUENTE VERIFICACIÓN REGISTR	CRONOGRAMA												
							ENER	FEBR	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGOS	SET	OCT	NOV	DIC	
9	Promover e implementar acciones de mejora y/o proyectos de mejora continua de la calidad.	Conformar los círculos de calidad de las UPSS del HNDAC.	Equipo conformado	1	Proceso de identificación de los miembros del EMCC y designación mediante RD.	Resolución Directoral de Conformación. Acta de Instalación, Actas de reunión.								1					DIRECCION GENERAL JEFATURAS DE DPTOS Y OFICINAS OGC-UNIDAD GARANTIA Y MEJORAMIENTO
		Capacitar a los círculos de calidad en el uso de las herramientas de calidad para la mejora continua.	Informes	1	Conjunto mde actividades que promueven el conocimiento en la elaboración de PMCC	Talleres de capacitación. Informe de la capacitación.							1						OGC-UNIDAD GARANTIA Y MEJORAMIENTO
		Capacitar al personal de los Equipos de Mejora continua de la calidad (EMCC) en la elaboración de proyectos de mejora continua	Informes	2	Conjunto mde actividades que promueven el conocimiento en la elaboración de círculos de calidad	Reuniones, talleres de capacitación					1								OGC-UNIDAD GARANTIA Y MEJORAMIENTO

XIII. ANEXOS DEL PLAN ANUAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD-2020

ANEXO 1:

O.E N° 1: Desarrollar el Sistema de Gestión de la Calidad en el HNDAC.

PRESUPUESTO DE ACTIVIDADES DE JEFATURA Y APOYO TECNICO OGC-2020
HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN

N°	CANTIDAD	UNIDAD	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO	SUB TOTAL	TOTAL PARCIAL
I. BIENES						S/. 3,608.00
I.1 Utiles de escritorio						
1	10	Unidades	Archivador palanca l/ancho 34x28.5x8.5cm	6.00	60.00	
2	12	Unidades	Borrador mixto t/mediano	1.00	12.00	
3	6	Rollos	Cinta adhesiva transparente	3.00	18.00	
4	24	Cajas	Clip stándar	1.50	36.00	
5	06	Unidades	Cuaderno cuadriculado x 200 hojas t/a4	2.00	12.00	
6	05	Cajas	Faster	7.00	35.00	
7	50	Unidades	Folder manila t/a-4	0.50	25.00	
8	06	Frascos	Goma blanca sintetica x 250 grs	3.00	18.00	
9	24	Cajas	Grapa 26/6 x 5000	3.00	72.00	
10	120	Unidades	Lapiz negro N° 2c/ borrador	1.00	120.00	
11	52	Unidades	Lapiceros de tinta azul	1.00	52.00	
12	100	Unidades	Lapiceros de tinta negra	1.00	100.00	
13	10	Millares	Papel Bond A-4	27.00	270.00	
14	01	Unidades	Pizarra acrilica	200.00	200.00	
15	12	Unidades	Plumones de punta gruesa p/pizarra acrilica negro	6.50	78.00	
16	12	Unidades	Plumones de punta gruesa p/pizarra acrilica azul	6.50	78.00	
17	04	Unidades	Regla de plastico de 30 cm.	1.50	6.00	
18	04	Unidades	Sacagrapas	2.00	8.00	
19	60	Unidades	Sobre manila t/a-4	0.50	30.00	
20	02	Unidades	Tijera mediana para cortar papel	10.00	20.00	
21	07	Unidades	Tóner para impresora hp laser jet 1102 -85-a	300.00	2,100.00	
22	06	Rollos	Vinifan	5.00	30.00	
I.2 COOFEE-BREACK(Curso taller)						
2	04	Unidades	Gaseosas de tres litros	7.00	28.00	
1	100	Unidades	Sandwiches	2.00	200.00	
II. SERVICIOS						S/. 120.00
5	04	Unidades	Anillados	5.00	20.00	
4	1,000	Unidades	Copias de información requerida para el curso y otros informes	0.10	100.00	
TOTAL GENERAL						S/. 3,728.00

NOTA: En el Item material de escritorio está incluído los materiales que se utilizarán en las actividades de los Equipos de Apoyo Técnico y las capacitaciones programados por este equipo durante el año 2020.

A. Medina R.

T. HERRERA M.

M.G. CANCINO H.

ANEXO N° 2:

O.E. N° 2: Desarrollar el proceso de autoevaluación y mejoramiento de los estándares para la acreditación hospitalaria.

PRESUPUESTO PARA EL PLAN DE ACREDITACIÓN - 2019
HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN

N°	CANTIDAD	UNIDAD	DESCRIPCION	PRECIO UNITARIO	SUB TOTAL	TOTAL
I. BIENES						S/. 764.00
I.1 Utiles de escritorio						
1	1	Cajas	fasters	7.00	7.00	
2	50	Unidades	Folderes A-4	0.50	25.00	
3	24	Unidades	Lapiceros azules	1.00	24.00	
4	4	Millar	Papel Bond A-4	27.00	108.00	
5	2	Unidades	Toner para impresora HP laser jet P110 2w	300.00	600.00	
II. SERVICIOS						S/. 315.00
1	23	Unidades	Anillados	5.00	115.00	
2	2,000	Unidades	Copias de documentos en el proceso de autoevaluación 2019	0.10	200.00	
TOTAL GENERAL						S/. 1,079.00

A. Medina R.

R. HERRERA M.

M.G. CANCINO H

ANEXO N° 3:

O.E N° 3: Conocer el grado de satisfacción de los usuarios externos y otras mediciones pertinentes en Consulta Externa, Hospitalización y Emergencia del HNDAC para apoyar la toma de decisiones

PRESUPUESTO PARA REALIZAR EL TRABAJO DE CAMPO DEL PLAN PARA LA MEDICIÓN DE TIEMPOS Y MOVIMIENTOS -2020 HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN

N°	CANTIDAD	UNIDAD	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO	SUB TOTAL	TOTAL
I. BIENES						S/. 17.50
1	04	Unidades	Lapiceros azules	1.00	4.00	
2	1/2	Millar	Papel Bond A-4	13.50	13.50	
II. SERVICIOS						S/. 4,310.00
2	02	Unidades	Anillados	5.00	10.00	
1	1	Unidad	Trabajo de campo de la Medición de Tiempos y Movimientos - 2019	4,300.00	4,300.00	
TOTAL GENERAL						S/. 4,327.50

PRESUPUES PARA REALIZAR EL TRABAJO DE CAMPO DEL PLAN PARA LA MEDICION DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO EXTERNO (SERVQUAL MODIFICADO) - 2020 - I Y II HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN

N°	CANTIDAD	UNIDAD	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO	SUB TOTAL	TOTAL
I. BIENES						S/. 23.50
2	10	Unidades	Lapiceros azules	1.00	10.00	
1	1/2	Millar	Papel Bond A-4	13.50	13.50	
II. SERVICIOS						S/. 9,010.00
1	02	Unidades	Anillados	5.00	10.00	
2	4,000	Unidades	Copias del formato de la Encuesta de satisfacción del usuario Externo SERVQUAL Modificado (en ambas caras)	0.10	400.00	
1	2	Unidad	Trabajo de campo para la Encuesta de satisfacción del Usuario Externo (SERVQUAL Modificado) 2020	4,300.00	8,600.00	
TOTAL GENERAL						S/. 9,033.50

A. Medina R.

R. HERRERA M.

M.G. CANCINO H.

ANEXO N° 4:

O.E. N° 6: Contribuir mediante la auditoría a mejorar la calidad de la atención en salud.

PRESUPUESTO DEL PLAN ANUAL DE AUDITORIA DE LA CALIDAD EN SALUD -2020
HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN

N°	CANTIDAD	UNIDAD	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO	SUB TOTAL	TOTAL
I. BIENES						S/. 1,117.00
I.1 Utiles de escritorio						
1	08	Unidades	Archivador palanca l/ancho 34x28.5x8.5cm	6.00	48.00	
2	02	Cajas	Fasters	7.00	14.00	
3	100	Unidades	Folderes A-4	0.50	50.00	
4	01	Unidad	Foliador	100.00	100.00	
5	60	Unidades	Lapiceros azules	1.00	60.00	
6	01	Unidad	Mota	5.00	5.00	
7	06	Millar	Papel Bond A-4	27.00	162.00	
8	12	Unidades	Plumones para pizarra acrilica de color azul	6.50	78.00	
9	02	Unidad	Toner para impresora HP laser jet P110 2w	300.00	600.00	
II. SERVICIOS						S/. 380.00
1	06	Unidades	Anillados	5.00	30.00	
2	3,500	Unidades	Copias de los informes de auditoria de calidad, médica, de registro clínico y otros informes	0.10	350.00	
III. ACTIVO FIJO						S/. 3,800.00
1	01	Unidad	Equipo de computo con CPU, monitor LCD, establizador y lectora	3,600	3,600	
			TOTAL GENERAL			S/. 5,297.00

A. Medina R.

M.G. CANCINO H

ANEXO N° 5:

O.E. N° 7: Estandarizar y documentar la adherencia a las prácticas seguras en la atención del paciente.
O.E. N° 8: Promover la gestión de riesgos en los Servicios priorizados a través del registro y análisis periódico de incidentes y de eventos adversos.
O.E. N° 9: Promover e implementar acciones de mejora y/o proyectos de mejora continua de la calidad.

PRESUPUESTO DEL PLAN HOSPITALARIO POR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE-2020
Y ACTIVIDADES DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD
HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN

N°	CANTIDAD	UNIDAD	DESCRIPCION	PRECIO UNITARIO	SUB TOTAL	TOTAL
I. BIENES						S/. 2,273.00
I.1 Utiles de escritorio						
1	6	Unidades	Archivador palanca l/ancho 34x28.5x8.5cm	6.00	36.00	
2	2	Cajas	fasters	7.00	14.00	
3	150	Unidades	Folderes A-4	0.50	75.00	
4	150	Unidades	Lapiceros azules	1.00	150.00	
5	1	Unidad	Mota	5.00	5.00	
6	3	Millar	Papel Bond A-4	27.00	81.00	
7	100	Pliegos	Papelografo	0.50	50.00	
8	2	Unidades	Pizarra de corcho	100.00	200.00	
9	12	Unidades	Plumones para pizarra acrílica	6.50	78.00	
10	3	Unidad	Toner para impresora HP laser jet P110 2w	300.00	900.00	
I.2 COOFEE-BREACK (Curso taller: 250 personas por 6 días)						
2	12	Unidades	Gaseosas de tres litros	7.00	84.00	
1	300	Unidades	Sandwiches	2.00	600.00	
II. SERVICIOS						S/. 2,820.00
3	4	Unidades	Anillados	5.00	20.00	
2	1,000	Unidades	Copias de información requerida para el curso.	0.10	100.00	
1	1	Unidad	Ponente (por 18 hora a S/. 150.00 la hora)	2,700.00	2,700.00	
III. ACTIVO FIJO						S/. 600.00
1	1	Unidad	Estante de tres niveles de melamine con ángulos o escuadra	600.00	600.00	
			TOTAL GENERAL			S/. 5,693.00

NOTA: Incluye el material de escritorio para el desarrollo de las capacitaciones

A. Medina R.

R. HERRERA M.

M.G. CANCINO H.