

# Resolución Directoral

Callao, 05 de Julio de 2021

## VISTOS:

El Informe N° 28-2021-HNDAC-OGC de la Oficina de Gestión de la Calidad, el Memorando N° 690-2021-HNDAC/OEPE de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, y el Informe N° 206-2021-OAJ-HNDAC, de la Oficina de Asesoría Jurídica, y;

## CONSIDERANDO:

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;

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;

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 – 2021 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 Memorando N° 690-2021-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;

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;

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 N° 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:

Artículo 1.-APROBAR el Plan Anual de Gestión de la Calidad en Salud - 2021 del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, PLAN-OGC-001, Edición N° 010, contenido en cincuenta y seis (56) folios, que en documento anexo se adjunta y forma parte integrante de la presente Resolución.

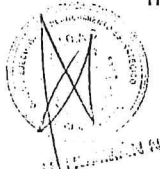
Artículo 2.-NOTIFICAR la presente Resolución a las Oficinas y Departamentos para fines pertinentes.


Artículo 3.-PUBLICAR la presente Resolución en el Portal Institucional ([www.hndac.gob.pe](http://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 Carrión"  
Dr. Timoteo Rolando Pritas Urbizogastegui  
C.M.P. 26393 R.N.E. 10262  
DIRECTOR GENERAL

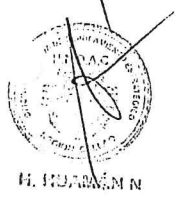
GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO  
HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN  
CERTIFICADO: que el presente es copia fiel del original  
05 JUL 2021  
Jaime Guadalupe Hilario  
FEDATARIO




	<b>PLAN</b>	PLAN OGC-001
	<b>Plan Anual de Gestión de la Calidad en Salud - 2021</b> <b>Hospital Nacional "Daniel Alcides Carrión"</b>	Edición N° 10
		Página 1 de 56

# PLAN ANUAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD 2021

## HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN



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 :	MG. JORGE LUIS COLLAN SALINAS ABOG. VICTOR RENATO REYES LUQUE ECON. HERBETH HUAMÁN NAVARRO C.P.C GUIDO OMAR SILVA ARBILDO
Aprobado por:	DG. :	MC. TIMOTEO FRITAS URBIZAGÁSTEGUI
Resolución Directoral N° 129-2021		Fecha: 05 JUL. 2021

	<b>PLAN</b>	PLAN OGC-001
	<b>Plan Anual de Gestión de la Calidad en Salud - 2021</b> <b>Hospital Nacional "Daniel Alcides Carrión"</b>	Edición N° 10
		Página 3 de 56

## PLAN ANUAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD – 2021 HOSPITAL NACIONAL “DANIEL ALCIDES CARRIÓN”

### I. INTRODUCCION


El Ministerio de Salud viene impulsando el Sistema de Gestión de la Calidad en Salud (SGCS), desde el 2001, con la aprobación del Documento Técnico Sistema de Gestión de la Calidad en Salud que fue actualizado en el 2006. En el 2007 se aprueba el Plan Nacional Concertado de Salud, que establece como Lineamiento de Política en Salud “ El mejoramiento progresivo del acceso a los servicios de salud de calidad”. En el 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 a 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.

Basados en la visión, misión, políticas y objetivos estratégicos institucionales presentamos el Plan de Gestión de la Calidad en Salud 2021, el cual 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.

	<b>PLAN</b>	PLAN OGC-001
	<b>Plan Anual de Gestión de la Calidad en Salud - 2021</b> <b>Hospital Nacional "Daniel Alcides Carrión"</b>	Edición N° 10
		Página 5 de 56

- ✓ 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 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.
- ✓ Resolución Ministerial N° 502-2016-MINSA que aprueba la "Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud".
- ✓ Resolución Ministerial N° 945-2017/MINSA, se crea la Unidad Funcional de Gestión de la Calidad en Salud, dependiente del Viceministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud.
- ✓ Resolución Ministerial N° 214-2018-MINSA 2018 aprueba la NTS N° 139-/DGAIN "Norma Técnica de Salud de Gestión de la Historia Clínica"
- ✓ Resolución Ministerial N° 163-2020/MINSA que aprueba la Directiva Sanitaria N° 92-MINSA/2020/DGAIN "Directiva Sanitaria de Rondas de Seguridad del Paciente para la gestión del riesgo en la atención de salud"
- ✓ Resolución Ministerial N° 104-2021/MINSA que Aprueban "Directiva Administrativa que regula los aspectos metodológicos para la evaluación del cumplimiento de los indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios en salud, alcanzados en el año 2020, para la entrega económica establecida en el artículo 15 del Decreto Legislativo N° 1153"
- ✓ Resolución Ejecutiva Regional N° 000360, aprueba el Plan Estratégico Regional 2019-2021.

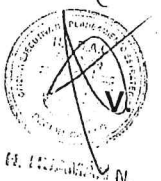
### ÁMBITO DE APLICACIÓN


El presente Plan de Gestión de la Calidad en Salud aplica para todas los Departamentos, Servicios y Oficinas del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión.

### GENERALIDADES

#### 5.1 PRINCIPIOS Y VALORES

##### 5.1.1. PRINCIPIOS Y VALORES INSTITUCIONALES



	<b>PLAN</b>	PLAN OGC-001
	<b>Plan Anual de Gestión de la Calidad en Salud - 2021</b> <b>Hospital Nacional "Daniel Alcides Carrión"</b>	Edición N° 10
		Página 7 de 56

- **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.



## 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.

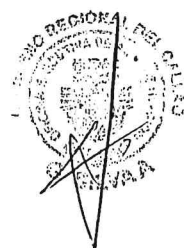



## 5.3 SOPORTE POLÍTICO NORMATIVO DEL PLAN ESTRATÉGICO GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO 2019-2021 Y POLÍTICA NACIONAL DE CALIDAD EN SALUD

### 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.



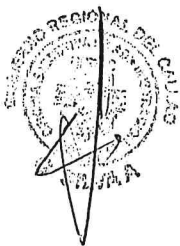
	<b>PLAN</b>	PLAN OGC-001
	<b>Plan Anual de Gestión de la Calidad en Salud - 2021</b> <b>Hospital Nacional "Daniel Alcides Carrión"</b>	Edición N° 10
		Página 17 de 56


Sin embargo, debido a la Emergencia Sanitaria del COVID 19 – 2020, y a las medidas implementadas por el gobierno, no se realizó la medición semestral del grado de satisfacción del usuario externo y la medición anual de los tiempos de espera en consulta externa; así mismo por la priorización en el uso de los recursos financieros del HNDAC para la atención de pacientes COVID, se ha dificultado una participación activa en la implementación de un SGCS, y al cumplimiento de los objetivos propuestos.

### 6.2.2 Desarrollo del proceso de autoevaluación y mejoramiento de los estándares para la acreditación hospitalaria.

Con respecto a la Acreditación hospitalaria nuestra institución ha realizado desde las 2009 diez autoevaluaciones, y hemos obtenido en todos estos años una cifra lejana del mínimo requerido (85%). En ese sentido en el 2020 se inició la autoevaluación en el mes de Diciembre, 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 2020 y propuesta del Plan de Mejora de la autoevaluación dirigido a disminuir las brechas encontradas.

En ese sentido informamos que en el 2020 se inició la autoevaluación en el mes de Diciembre, con la participación del Equipo de evaluadores internos, cuyos resultados alcanzaron un puntaje final de cumplimiento de 58 % en los 21 macroproceso evaluados. Los resultados obtenidos de los Macroprocesos Gerenciales alcanzaron un puntaje de 67.56%, los macroprocesos misionales de 60.84%, y observamos con preocupación que el cumplimiento de estándares y criterios en los macroprocesos de apoyo alcanzó el más bajo puntaje con el 41.89%, siendo estos fundamentales para lograr los objetivos de los macroprocesos Gerenciales y Misionales.



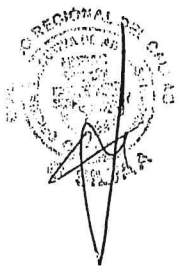
	<b>PLAN</b>	PLAN OGC-001
	<b>Plan Anual de Gestión de la Calidad en Salud - 2021</b> <b>Hospital Nacional "Daniel Alcides Carrión"</b>	Edición N° 10
		Página 19 de 56

**CUADRO N° 7**

**PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CRITERIOS OBTENIDOS EN LA AUTOEVALUACIÓN INSTITUCIONAL 2020 - PROCESO DE ACREDITACIÓN**

MACROPROCESO	% DE CUMPLIMIENTO DE CRITERIOS SEGÚN MACROPROCESOS	% ALCANZADO/ MACROPROCESOS SEGÚN GRADO DE CUMPLIMIENTO
<b>Menor al 50%</b>		<b>% total de Macroprocesos menor a 50%</b>
Atención Ambulatoria	37.5	
Atención Quirúrgica	47.87	
Admisión y alta	7.14	
Referencia y contrarreferencia	38.24	
Gestión de la información	15.22	
Gestión de insumos y materiales	38.46	
Gestión de equipos e infraestructura	11.76	<b>33</b>
<b>50 al 69%</b>		<b>% total de Macroprocesos 50 al 69%</b>
Direccionamiento	61.76	
Gestión de la calidad	58.54	
Manejo de riesgo de la atención	68.13	
Atención de hospitalización	53.7	
Apoyo al diagnóstico y tratamiento	50	
Gestión de Medicamentos	50	
Desinfección, limpieza y esterilización	55.17	
Nutrición y Dietética	52.94	
<b>70 al 84%</b>		<b>% total de Macroprocesos 70 al 84%</b>
Gestión de Recursos Humanos	76.47	
Gestión de Seguridad ante desastres	75	
Gestión de control y Prestación	75	
Atención de Emergencia	76.32	
<b>85% a más</b>		<b>% total de Macroprocesos 85% a más</b>
Docencia e investigación	100	
Manejo del riesgo Social	100	

En el presente cuadro podemos observar que, del total de 21 macroprocesos evaluados por criterio, 7 de ellos obtuvieron menos del 50%, 08 macroprocesos obtuvieron entre 50% al 69%, 04 macroprocesos obtuvieron entre 70% al 84% y 2 macroprocesos obtuvieron de 85% a más de cumplimiento. En ese sentido el macroproceso Admisión y Alta obtuvo el menor puntaje de 7.14% según los criterios evaluados, seguido del macroproceso de Gestión de Equipos e Infraestructura con 11.76%, y los macroprocesos que obtuvieron el mayor puntaje fueron los macroprocesos de docencia e Investigación y Manejo de Riesgo Social con el 100%.





### 6.2.3 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

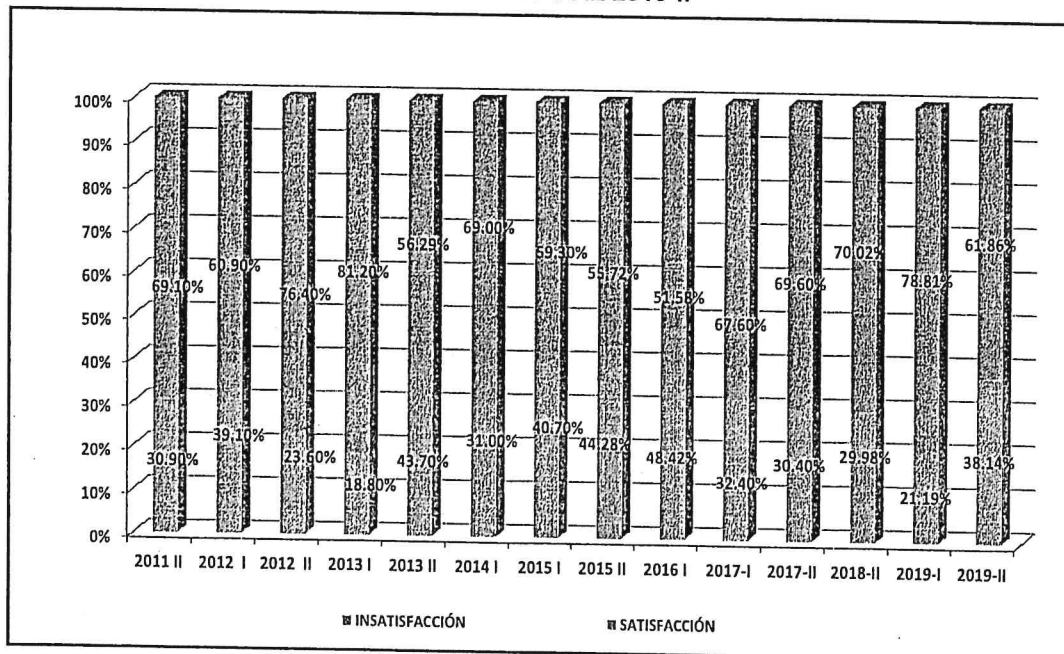
Como todos los años el HNDAC viene realizando la evaluación semestral de la satisfacción del usuario externo en Consulta Externa, Hospitalización y Emergencia desde el año 2007 y aplicando la metodología SERVQUAL modificada desde el 2011. Sin embargo, debido a la Emergencia Sanitaria del COVID 19 – 2020, y a las medidas implementadas por el gobierno no se realizaron las encuestas programadas en el 2020, teniendo en cuenta que las atenciones fueron dirigidas a los pacientes COVID 19 y no se realizaron atenciones en el Servicio de Consulta Externa, por ello presentamos los resultados de las mediciones de la satisfacción del usuario externo desde el año 2011 al 2019.

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%); y 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% (Insatisfacción > 60%).

GRAFICO N° 01

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





# PLAN

PLAN OGC-001

Plan Anual de Gestión de la Calidad en Salud - 2021  
Hospital Nacional "Daniel Alcides Carrión"

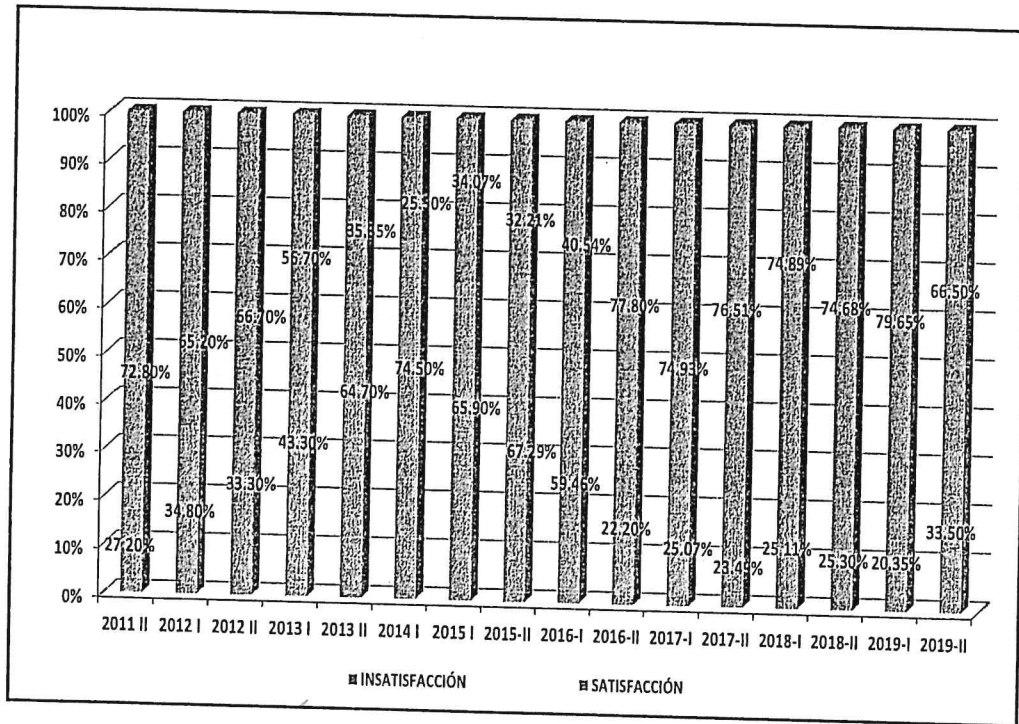
Edición N° 10

Página 23 de 56

- **Medición en el Servicio de Hospitalización:** La Medición 2019-I del Servicio de Hospitalización alcanzó un promedio de 20.3% y la insatisfacción de 79.65% este último resultado es considerado como POR MEJORAR (Insatisfacción >60%), y 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



REGIONAL DEL CALLAO  
 HNDAC  
 DE GESTIÓN DE LA CALIDAD  
 REGION - CALLAO  
 PERIODO REGIONAL DEL CALLAO  
 HNDAC  
 DE GESTIÓN DE LA CALIDAD  
 REGION - CALLAO  
 H. HERRERA N.

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

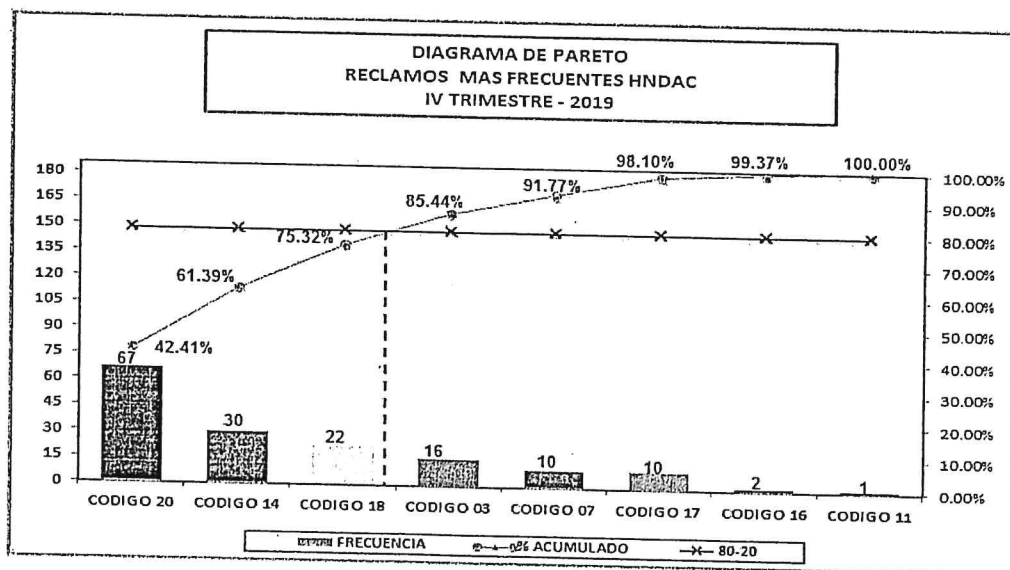
Para determinar cuál de los reclamos se presenta con mayor frecuencia en el I trimestre 2020 y IV trimestre 2019 aplicamos una de las herramientas de la calidad como es el Diagrama Pareto mediante el cual clasificamos los reclamos según sus posibles causas, con el fin de determinar el 80% - 20% y los 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.

**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%
<b>TOTAL</b>	<b>158</b>			

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 el gráfico siguiente.

**GRÁFICO N° 01.**



Fuente: Plataforma de Atención al Usuario  
En este caso el 80%-20% se presenta entre los reclamos de los códigos 20, 14 y 03

	<b>PLAN</b>	PLAN OGC-001
	<b>Plan Anual de Gestión de la Calidad en Salud - 2021</b> <b>Hospital Nacional "Daniel Alcides Carrión"</b>	Edición N° 10
		Página 27 de 56

#### 6.2.4 Cultura de Buen trato

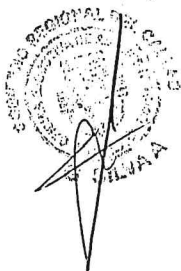
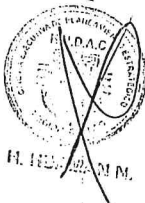
Habiéndose declarado la Emergencia Sanitaria del COVID 19 – 2020, y a las medidas implementadas por el gobierno, no se llegó a efectuar las actividades programadas en el Plan Anual de la OGC sobre la Cultura de Buen Trato; sin embargo se realizaron trimestralmente los Informes Técnicos de los Reclamos los cuales fueron informados oportunamente a la Dirección General del HNDAC, los Informe Técnico de los reclamos recibidos de la Plataforma de Atención al Usuario (PAUS), del año 2019 (I al IV) y I trimestre 2020, conteniendo el análisis, conclusiones y recomendaciones, para la implementación de acciones de mejora en la satisfacción del usuario externo.


Se continúa difundiendo los Derechos y Deberes de los usuarios en Consulta Externa, mediante trípticos, afiches, y banners a cargo de la PAUS y Oficina de Imagen Institucional.

#### 6.2.5 Monitoreo y evaluación de los Indicadores de Calidad

Los indicadores de calidad son variables que permiten medir la calidad de los procesos en los Establecimientos de Salud, para optimizar el grado de satisfacción de los usuarios externos en la atención de los pacientes, 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; sin embargo, debido a la situación de la Emergencia Sanitaria por el COVID, no se desarrollaron los indicadores de calidad del año 2020, por cuyo motivo, presentamos a continuación los valores de los indicadores institucionales de Calidad alcanzados en el primer y segundo semestre 2019.



	<b>PLAN</b>		PLAN OGC-001
	<b>Plan Anual de Gestión de la Calidad en Salud - 2021</b> <b>Hospital Nacional "Daniel Alcides Carrión"</b>		Edición N° 10
			Página 29 de 56

**CUADRO N° 13**

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 II SEMESTRE (N°%)	
VI-1	Porcentaje de reclamos resueltos en el HNDAC	$\frac{\text{Número de reclamos resueltos en un periodo} \times 100}{\text{Total de reclamos recibidos en un periodo}}$	$\frac{258}{303} \times 100$	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	$\frac{\text{Número de usuarios atendidos en consulta externa encuestados que perciben privacidad durante la atención} \times 100}{\text{Total de usuarios encuestados en consulta externa}}$	$\frac{196}{390} \times 100$	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	$\frac{\text{Número de usuarios atendidos en hospitalización y encuestados que perciben privacidad durante la atención} \times 100}{\text{Total de usuarios encuestados en el Servicio de Hospitalización en un periodo}}$	$\frac{100}{249} \times 100$	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	$\frac{\text{Número de usuarios atendidos en emergencia y encuestados que perciben privacidad durante la atención} \times 100}{\text{Total de usuarios encuestados en consulta externa}}$	$\frac{92}{359} \times 100$	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	$\frac{\text{N° de usuarios externos encuestados en Consulta Externa que manifiestan que la información recibida en la atención es entendible y completa} \times 100}{\text{N° total de usuarios externos encuestados en Consulta Externa en un periodo}}$	$\frac{169}{390} \times 100$	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.	$\frac{\text{Número de usuarios externos encuestados satisfechos en el Servicio de Consulta externa} \times 100}{\text{Total de usuarios encuestados en un periodo en el Servicio de Consulta Externa}}$	$\frac{143}{374} \times 100$	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.	$\frac{\text{Número de usuarios externos encuestados satisfechos en el Servicio de Hospitalización} \times 100}{\text{Total de usuarios encuestados en un periodo en el Servicio de Hospitalización}}$	$\frac{83.27}{248} \times 100$	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.	$\frac{\text{Número de usuarios externos encuestados satisfechos en el Servicio de Emergencia} \times 100}{\text{Total de usuarios encuestados en un periodo en el Servicio de Emergencia}}$	$\frac{64.50}{342} \times 100$	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	Annual	< 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



	<b>PLAN</b>	PLAN OGC-001
	<b>Plan Anual de Gestión de la Calidad en Salud - 2021</b> <b>Hospital Nacional "Daniel Alcides Carrión"</b>	Edición N° 10
		Página 31 de 56

**CUADRO N° 16**

**AUDITORIAS DE GESTIÓN CLÍNICA  
AÑO 2020**

N°	Apellidos y Nombres	Fecha Informe	Documento con que se remite el Informe Auditoria
1	Reporte de Auditoria de la Gestion Clinica - Auditoria del Proceso de Registro de los Certificados de Nacidos Vivos	22/07/2020	Informe Nro. 049-2020-HNDAC-OGC


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 Auditoria y Equipos de Auditorías adscritos en el 2018 y se implementaron desde 2019 a la fecha.

**CUADRO N° 17**

**AUDITORIAS DE CASO – COMITÉ DE AUDITORIA MÉDICA – 2020**

N°	Fecha de Ingreso	Documento que inicia la Auditoria	Fecha Informe Auditoria	N° de Informe Auditoria
1	24/09/2019	Memorandum N° 585-2019-HN-DAC-C-DG/DAGC	03/01/2020	Informe N° 01-2020-CAM-HNDAC
2	12/09/19	Memorandum N° 554-2019-HNDAC-C-DG	04/02/2020	Informe N° 02-2020-CAM-HNDAC
3	11/11/19	Memorandum N° 684-2019-HN-DAC-C-DG/DAGC	28/02/2020	Informe N° 03-2020-CAM-HNDAC
4	09/01/20	Memorandum N° 017-2020-HNDAC-C-DG	06/03/2020	Informe N° 04-2020-CAM-HNDAC
5	12/04/19	Memorandum N° 198-2019-HN-DAC-C-DG/DAGC	09/10/2020	Informe N° 05-2020-CAM-HNDAC
6	10/07/19	Memorandum N° 399-2019-HNDAC-C-DG	09/10/2020	Informe N° 06-2020-CAM-HNDAC
7	21/10/19	Memorandum N° 643-2019-HNDAC-C-DG/DAC	09/10/2020	Informe N° 07-2020-CAM-HNDAC
8	03/03/20	Memorandum N° 117-2020-HNDAC-C-DG	09/11/2020	Informe N° 08-2020-CAM-HNDAC
9	18/12/19	Memorandum N° 754-2019-HNDAC-C-DG	09/11/2020	Informe N° 09-2020-CAM-HNDAC
10	13/01/20	Memorandum N° 021-2020-HN-DAC-C-DG/DAGC	28/12/2020	Informe N° 10-2020-CAM-HNDAC



	<b>PLAN</b>	PLAN OGC-001
	<b>Plan Anual de Gestión de la Calidad en Salud - 2021</b> <b>Hospital Nacional "Daniel Alcides Carrión"</b>	Edición N° 10
		Página 33 de 56

La ejecución de las rondas de seguridad se comunicó con un mínimo de 24 horas de anticipación al Equipo de Rondas de Seguridad mediante memorándums de la Dirección Adjunta de Gestión Clínica y el mismo día de manera telefónica al responsable del servicio a visitar, una vez que se identificó al servicio mediante sorteo o por reporte de un evento adverso. El día previsto, inicialmente, el equipo Ronda de Seguridad se reunió en la Sala de Dirección General para dar inicio a la ronda y recordarles la metodología de evaluación, verificar el correcto uso del instrumento de aplicación (listas de chequeo elaboradas por la OGC y adecuadas a la DS 092-MINSA/2020/DGAIN) y al finalizar la ronda se firmó el acta en señal de conformidad por todos los participantes de la Ronda de Seguridad. Durante el pico de la pandemia, entre junio a agosto, se redujo el número de participantes, a fin de disminuir el riesgo de exposición (principalmente en servicios COVID) y al uso racional de elementos de protección personal. El detalle de los informes de rondas se halla contenido en el informe N°05-2021-HNDAC/OGC. Las acciones de mejora se indican en el objetivo 8 del presente informe.

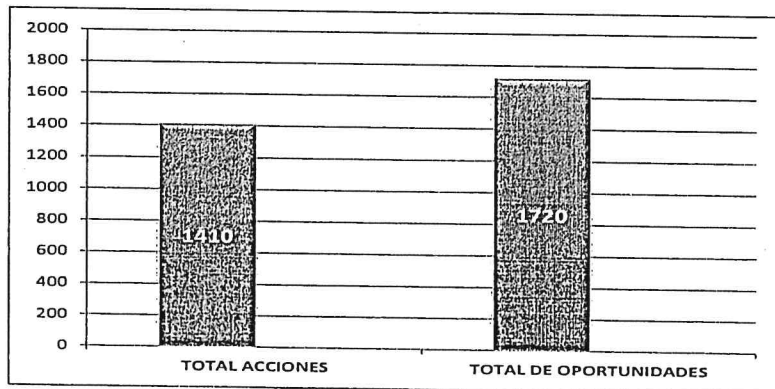
**a.2 Monitoreo de la Implementación de la Guía Técnica para el Proceso de Higiene de Manos en el HNDAC**

El Departamento de Enfermería de manera continua evalúa el cumplimiento de la higiene de manos en servicios priorizados, sin embargo, con la declaratoria del estado de emergencia, desde el mes de marzo, se ha reorganizado y adecuado los servicios hospitalarios, esto ha significado realizar reprogramaciones del personal, siendo mayor en el personal profesional de enfermería, lo que ha determinado una disminución en el número de observaciones.

Las mediciones realizadas en el II Semestre 2020 dieron como resultado una adherencia a la higiene de manos de 82%, habiendo una mejora de la adherencia en relación al promedio anual del 2019.


**GRÁFICO N° 3**

**ADHERENCIA DE HIGIENE DE MANOS  
II SEMESTRE 2020**



% de adherencia a Higiene de manos:  $1410/1720 \times 100 = 82\%$



	<b>PLAN</b>	PLAN OGC-001
	<b>Plan Anual de Gestión de la Calidad en Salud - 2021</b> <b>Hospital Nacional "Daniel Alcides Carrión"</b>	Edición N° 10
		Página 35 de 56

**CUADRO N° 17**

**APLICACIÓN DELVSC EN CENTRO QUIRURGICO PROGRAMADAS  
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO  
II SEMESTRE – 2020**

<b>APLICACIÓN DE LA LVSC EN CENTRO QUIRURGICO SEGÚN MESES II SEMESTRE 2020</b>			
<b>MESES</b>	<b>NUMERO DE CIRUGIAS REPORTADAS *</b>	<b>NUMERO DE LISTAS APLICADAS **</b>	<b>PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO</b>
JULIO	203	184	91
AGOSTO	251	239	95
SETIEMBRE	285	275	96
OCTUBRE	338	331	99
NOVIEMBRE	355	344	97
DICIEMBRE	360	349	97
<b>TOTAL</b>	<b>1792</b>	<b>1722</b>	<b>96</b>

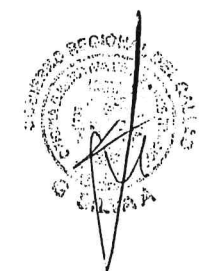
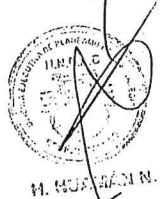
Fuente:

*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.*


**6.2.8 Gestión de riesgos en los Servicios priorizados a través del registro y análisis periódico de incidentes y de eventos adversos:**

El número total de eventos reportados en el II Semestre fue de 48 casos; pero es importante mencionar que se ha dispuesto de los reportes de las infecciones asociadas a la atención de salud de los meses de enero y febrero que luego fue regularizándose hasta fin de año; los reportes de EVAS severos de centro quirúrgico (0 casos) al segundo semestre y ningún reporte de otros servicios. El mayor número de notificaciones son las relacionadas a la Neumonía asociada a ventilador mecánico con 21 casos, seguido de Infección de Herida Operatoria asociada a parto por cesárea con 10 casos.

Las notificaciones anuales fueron de 81 casos de infecciones asociadas a la atención de salud, siendo la neumonía asociada a ventilador mecánico la de mayor notificación con 31 casos, seguido de Infección de Herida Operatoria asociada a parto por cesárea con 29 casos, como se observa en la tabla N°3. No se han reportado otros eventos adversos.





	<b>PLAN</b>	PLAN OGC-001
	<b>Plan Anual de Gestión de la Calidad en Salud - 2021</b> <b>Hospital Nacional "Daniel Alcides Carrión"</b>	Edición N° 10
		Página 37 de 56

### 6.2.9 Promoción e implementación de acciones de mejora y/o proyectos de mejora continua de la calidad:

Las acciones de mejora implementadas se relacionan a las observaciones de las Rondas de seguridad según Informe N°05-2021-HNDAC/OGC y que a continuación se señalan:

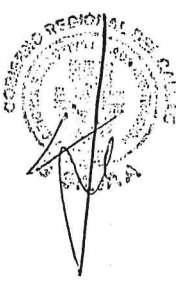
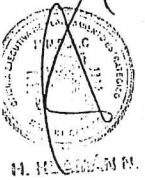
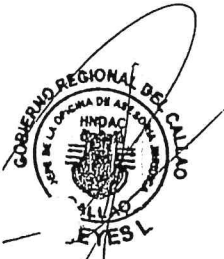
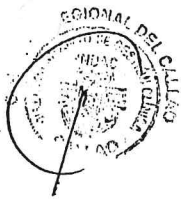
#### ACCIONES DE MEJORA


##### Seguridad en el Uso de Medicamentos

- ✓ Se ha implementado el Sistema de Medicamentos en Dosis Unitaria (SDMDU), en el Servicio de Neurocirugía, según informe N°015-2020-HNDAC-DF-SD, que incluye el ordenamiento de botiquín y coche de paro. Se realiza el requerimiento de Coches de Paro según Informe N° 021-2020-HNDAC-DF-SDU.
- ✓ Se ha iniciado el ordenamiento de medicamentos dando prioridad a la atención materna con la implementación al acceso de anticonceptivos durante la pandemia; ordenamiento del tratamiento de antirretrovirales en el manejo de la violencia sexual y manejo de transmisión vertical. Está en proceso el ordenamiento de las claves obstétricas en pacientes COVID y NO COVID.
- ✓ Se ha realizado el abastecimiento de coches de paro y botiquín de emergencia en el Servicio de Emergencia Adultos para el manejo de los pacientes durante la pandemia COVID, según Actas de Almacén de Medicamentos: Acta N° 002-2020 del Departamento de Farmacia para el cumplimiento de la Directiva de Control y Vigilancia de Productos Farmacéuticos y Dispositivos Médicos en coches de paro del HNDAC.
- ✓ Se ha realizado el requerimiento de etiquetas y dispensadores para el ordenamiento de medicamentos de alto riesgo según Informe N° 101-2020 de 07 de febrero de 2020, aún pendiente de atención, para la implementación de esta acción en los diferentes servicios hospitalarios.

##### Medidas de Bioseguridad

- ✓ Se ha realizado capacitación servicio sobre los momentos y la técnica de higiene de manos a los Servicio visitados.
- ✓ Se ha realizado la inducción en los momentos y la técnica de la higiene de manos, a los médicos residentes de primer año e internos de medicina, vía zoom (Noviembre 2020)
- ✓ En relación a la disponibilidad de insumos para la higiene de manos, se cuenta con los insumos necesarios en los servicios clínicos mediante el control del stock del Departamento de Atención Ambulatoria y Hospitalización, del Almacén Central y el Almacén de Farmacia (CENARES), cuya información se monitorea diariamente a través de reportes.



	<b>PLAN</b>	PLAN OGC-001
	<b>Plan Anual de Gestión de la Calidad en Salud - 2021</b> <b>Hospital Nacional "Daniel Alcides Carrión"</b>	Edición N° 10
		Página 39 de 56

### 6.3 ANÁLISIS FODA-OGC DEL HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN


Las Estrategias 2021, 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° 19

#### FODA para la Formulación de las Estrategias del Plan de Calidad HNDAC 2021

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 resolutive.
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 cumplimiento de los procesos de atención.	O3. Convenio de Gestión MINSAREGIÓN 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 resolutive 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 Auditoría Central con experiencia en la realización de Auditorías de caso por 05 años consecutivos	D6. Limitaciones en el cumplimiento de las recomendaciones de Autoevaluación, Auditoría 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, Análisis de Eventos Adversos.			A8. El HNDAC no cuenta con un número suficiente 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 Clínico
			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, Auditoría y Rondas de Seguridad

REGIONAL DEL CALLAO  
 HNDAC  
 V. REYES L.  
 REGIONAL DEL CALLAO  
 HNDAC  
 REGIONAL DEL CALLAO  
 HNDAC  
 REGIONAL DEL CALLAO  
 HNDAC

	<b>PLAN</b>	PLAN OGC-001
	<b>Plan Anual de Gestión de la Calidad en Salud - 2021</b> <b>Hospital Nacional "Daniel Alcides Carrión"</b>	Edición N° 10
		Página 41 de 56

- O.E.6 Contribuir mediante la Auditoría a mejorar la calidad de la atención en salud.
- O.E.7 Mejorar y mantener las prácticas seguras en la atención del paciente, mediante el cumplimiento de la higiene de manos y la aplicación de la lista de verificación de seguridad de la cirugía.
- O.E.8 Disponer de un sistema gestión de riesgos en los servicios priorizados a través del registro y análisis periódico de incidentes y 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 2021
- b) Difundir y socializar el Plan de Gestión de la Calidad 2021
- c) Monitorear el cumplimiento del Plan de Gestión de la Calidad 2021
- d) Fortalecer las competencias del personal de la institución en Gestión de la Calidad en Salud.
- 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 2021 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

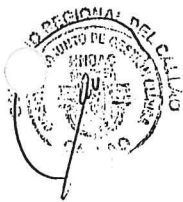
- a) Realizar el Estudio de Tiempos y movimientos en la consulta externa para la disminución de los tiempos de espera en los procesos de atención en consulta externa.
- b) Emplear mecanismos de participación de los usuarios externos para la mejora de la satisfacción del usuario externo
- c) Ejecutar la Medición de la Satisfacción del usuario externo en consulta externa/hospitalización/emergencia.



	<b>PLAN</b>	PLAN OGC-001
	<b>Plan Anual de Gestión de la Calidad en Salud - 2021</b> <b>Hospital Nacional "Daniel Alcides Carrión"</b>	Edición N° 10
		Página 43 de 56

**O.E.7 Mejorar y mantener las prácticas seguras en la atención del paciente, mediante el cumplimiento de la higiene de manos y la aplicación de la lista de verificación de seguridad de la cirugía.**

- a) Elaborar el Plan Hospitalario de Seguridad del Paciente 2021.
- 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.



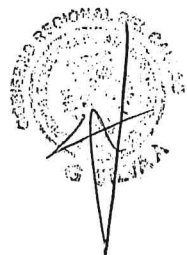
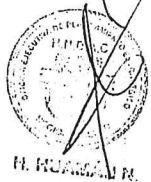
**O.E.8 Disponer de un sistema gestión de riesgos en los servicios priorizados a través del registro y análisis periódico de incidentes y eventos adversos.**

- 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.



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

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





# PLAN

PLAN OGC-001

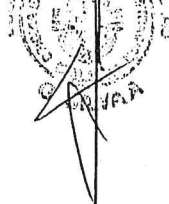
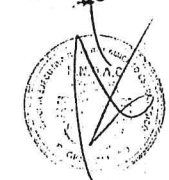
## Plan Anual de Gestión de la Calidad en Salud - 2021 Hospital Nacional "Daniel Alcides Carrión"

Edición N° 10

Página 45 de 56

### PRESUPUESTO DEL PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD-2021 HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN

N°	CANTIDAD	UNIDAD	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO	SUB TOTAL	TOTAL PARCIAL
<b>I. BIENES</b>						<b>S/. 7,803.00</b>
<b>I.1 Útiles de escritorio</b>						
1	24	Unidades	Archivador palanca l/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 estándar	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 acrílica	200.00	200.00	
19	12	Unidades	Plumón de punta gruesa p/pizarra acrílica negro	6.50	78.00	
20	36	Unidades	Plumón de punta gruesa p/pizarra acrílica azul	6.50	234.00	
21	04	Unidades	Regla de plástico 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	
<b>I.2 COOFEE-BREACK(Curso taller)</b>						
1	400	Unidades	Sandwiches	2.00	800.00	
2	16	Unidades	Gaseosas de tres litros	7.00	112.00	
<b>II. SERVICIOS</b>						<b>S/. 12,856.00</b>
1	41	Unidades	Anillados	5.00	205.00	
2	11,500	Unidades	Copias de los informes de auditoría de calidad, médica, de registro clínico, 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	4,400.00	4,400.00	
5	2	Unidades	Trabajo de campo de la Encuesta de Satisfacción del Usuario Externo (SERVQUAL Modificado) 2019	4,400.00	4,400.00	
<b>III. ACTIVO FIJO</b>						<b>S/. 5,600.00</b>
1	1	Unidad	Estante de tres niveles de melamine con ángulos o escuadra	800.00	800.00	
2	1	Unidad	Equipo de cómputo con CPU, monitor lcd, estabilizador y lectora	4,800.00	4,800.00	
<b>TOTAL GENERAL</b>						<b>S/. 26,268.00</b>





**PLAN**

PLAN OGC-001

Edición N° 10

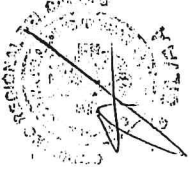
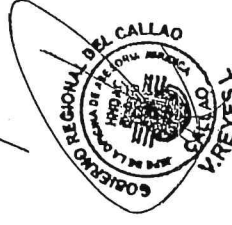
Página 47 de 56

**Plan Anual de Gestión de la Calidad en Salud - 2021  
Hospital Nacional "Daniel Alcides Carrion"**

**PLAN ANUAL DE GESTION DE LA CALIDAD EN SALUD-2021  
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 Carrion

N°	DENOMINACIÓN			CRITERIOS DE PROGRAMACIÓN												RESPONSABLES				
	OBJETIVO ESPECÍFICO	ACTIVIDADES	UNID. DE MEDIDA	FACTOR DE CONCENTRACION	DEFINICION OPERACIONAL	FELENTE/VERIFICACION - REGISTR.	ENER	FEBR	MARZ	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET		OCT	NOV	DIC	
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 2021	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
2	Desarrollar el proceso de autoevaluación y mejoramiento de los estándares para la acreditación hospitalaria.	Liderar el proceso de Autoevaluación 2021 para la acreditación	Informe	1	Documento mediante el cual se informa del monitoreo de la mejora de los macroprocesos priorizados	Documento físico											1		COMITÉ DE ACREDITACION OGC	
			Resolución Directoral del equipo de evaluadores institucionales 2021	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
2	Liderar el proceso de Autoevaluación 2021 para la acreditación	Proceso de autoevaluación 2021	Plan de Autoevaluación 2021	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 ACREDITACION, OGC
			Informe final de la Autoevaluación	1	Resultados y recomendaciones de la autoevaluación 2021	Documento de comunicación de inicio de autoevaluación Informe Técnicos de Autoevaluación. Base de Datos del PAES												1		COMITÉ DE AUTOEVALUACION COMITÉ HOSPITALARIO DE ACREDITACION OGC.
			Informe final de la Autoevaluación	1	Resultados y recomendaciones de la autoevaluación 2021	Documento físico del resultado del proceso de autoevaluación												1		COMITÉ DE AUTOEVALUACION OGC





**PLAN**

PLAN OGC-001

Edición N° 10

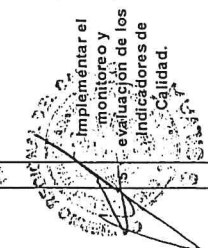
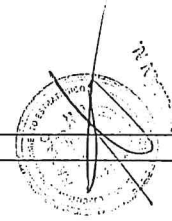
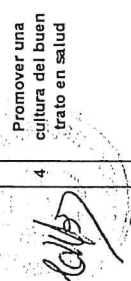
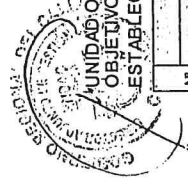
Página 49 de 56

**Plan Anual de Gestión de la Calidad en Salud - 2021  
Hospital Nacional "Daniel Alcides Carrion"**

**PLAN ANUAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD-2021  
CUADRO DE ACTIVIDADES Y SUS ATRIBUTOS**

**UNIDAD ORGANICA: OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD**  
**OBJETIVO ESTRATEGICO 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 Carrion**

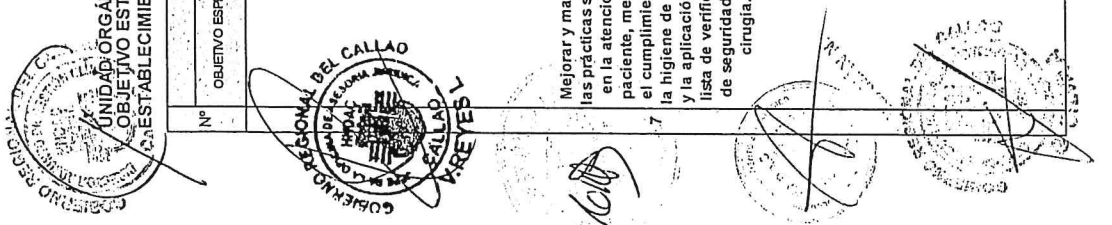
N°	GOBIERNO ESPECIFICO	DENOMINACIÓN	ACTIVIDADES	UNID. DE MEDIDA	FACTOR DE CONCENTRACION	DEFINICIÓN OPERACIONAL	CRITERIOS DE PROGRAMACIÓN												RESPONSABLE	
							FUENTE/VERIFICACIÓN	REGISTR.	ENER	FEBR	MARZ	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET.	OCT.		NOV.
1			Difundir los derechos y deberes de las personas usuarias 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, Folletera	1											1	PAUS OFICINA DE IMAGEN INSTITUCIONAL OGC
2			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
3			Capacitar en Buen Trato en la atención en Salud al personal de servicios prioritizados.	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	COMITÉ DE CLIMA ORGANIZACIONAL OARRHH, PAUS, OGC, DPTO DE PSICOLOGIA
4			Elaborar un Plan piloto para promover la cultura de humanización en la atención de los pacientes.	Plan piloto para promover la cultura de humanización	1	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												OGC-UNIDAD DE APOYO
5			Fortalecer el Sistema de información, orientación y absolución de reclamos en salud	Informe y/o Acta	3	Conjunto de actividades para evaluar la atención de los reclamos y la calidad de registro	Reuniones, Visitas inopinadas. Acta	1											1	PAUS OGC
6			Verificar la implementación de los indicadores de calidad y seguridad del paciente en los Departamentos Clínicos.	Informes	3	Acciones de verificación de la implementación y desarrollo de los indicadores establecidos	Actas de reuniones, Instrumentos de monitoreo.												1	OGC-UNIDAD DE APOYO
7			Análisis los resultados de los indicadores de calidad de los Departamentos Clínicos.	Informes	2	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	OGC-UNIDAD DE APOYO



**PLAN ANUAL DE GESTION DE LA CALIDAD EN SALUD-2021**  
**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

N°	OBJETIVO ESPECÍFICO	DENOMINACIÓN	UNIDAD DE MEDIDA	FACTOR DE CONCENTRACIÓN	DEFINICIÓN OPERACIONAL	FUENTE/VERIFICACIÓN REGISTR.	CRITERIOS DE PROGRAMACIÓN												RESPONSABLE
							ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC.	
		Elaborar el Plan Anual de Seguridad del Paciente 2021	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.													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 Directivas de Buenas Prácticas de Atención y RD que lo aprueba.			1										OGC-UNIDAD GARANTIA Y MEJORAMIENTO
	Mejorar y mantener las prácticas seguras en la atención del paciente, mediante el cumplimiento de la higiene de manos y la aplicación de la lista de verificación de seguridad de la cirugía.	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	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 implementación de recomendaciones.	Informe de la implementación de las recomendaciones				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	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			JEFES DE DEPARTAMENTOS OGC-UNIDAD GARANTIA Y MEJORAMIENTO
		Evaluar la adecuada aplicación de la LVSC en los Centros Quirúrgicos	Informes	3	Actividad para identificar las limitaciones para la aplicación de la LVSC y fortalecer su uso.	Informe de los resultados de la aplicación de la LVSC.									1			1	JEFES DE DEPARTAMENTOS OGC-UNIDAD GARANTIA Y MEJORAMIENTO







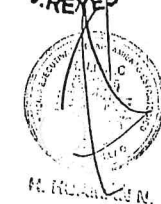
## XIII. ANEXOS DEL PLAN ANUAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD-2021

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-2021  
HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN

N°	CANTIDAD	UNIDAD	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO	SUB TOTAL	TOTAL PARCIAL
<b>I. BIENES</b>						<b>SI/ 3,608.00</b>
<b>I.1 Útiles de escritorio</b>						
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 estándar	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	
<b>I.2 COOFEE-BREACK(Curso taller)</b>						
2	04	Unidades	Gaseosas de tres litros	7.00	28.00	
4	100	Unidades	Sandwiches	2.00	200.00	
<b>II. SERVICIOS</b>						<b>SI/ 120.00</b>
5	04	Unidades	Anillados	5.00	20.00	
4	1,000	Unidades	Coplas de información requerida para el curso y otros informes	0.10	100.00	
<b>TOTAL GENERAL</b>						<b>SI/ 3,728.00</b>





Plan Anual de Gestión de la Calidad en Salud - 2021  
Hospital Nacional "Daniel Alcides Carrión"

PRESUPUESTO PARA REALIZAR EL TRABAJO DE CAMPO DEL PLAN PARA LA MEDICION  
DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO EXTERNO (SERVQUAL MODIFICADO) - 2021 - I  
HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN

N°	CANTIDAD	UNIDAD	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO	SUB TOTAL	TOTAL
<b>I. BIENES</b>						<b>S/. 23,50</b>
2	10	Unidades	Lapiceros azules	1.00	10.00	
1	1/2	Millar	Papel Bond A-4	13.50	13.50	
<b>II. SERVICIOS</b>						<b>S/. 4,810,00</b>
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	01	Unidad	Trabajo de campo para la Encuesta de satisfacción del Usuario Externo (SERVQUAL Modificado) 2020	4,400.00	4,400.00	
<b>TOTAL GENERAL</b>						<b>S/. 4,833,50</b>

**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 - 2021  
HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN

N°	CANTIDAD	UNIDAD	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO	SUB TOTAL	TOTAL
<b>I. BIENES</b>						<b>S/. 1,117,00</b>
<b>I.1 Útiles de escritorio</b>						
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	Foldees A-4	0.50	50.00	
4	01	Unidad	Follador	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 acrílica de color azul	6.50	78.00	
9	02	Unidad	Toner para impresora HP laser jet P110 2w	300.00	600.00	
<b>II. SERVICIOS</b>						<b>S/. 380,00</b>
1	06	Unidades	Anillados	5.00	30.00	
2	3,500	Unidades	Copias de los informes de auditoría de calidad, médica, de registro clínico y otros informes	0.10	350.00	
<b>III. ACTIVO FIJO</b>						<b>S/. 4,800,00</b>
1	01	Unidad	Equipo de computo con CPU, monitor LCD, estabilizador y lectora	4,800	4,800	
<b>TOTAL GENERAL</b>						<b>S/. 6,297,00</b>

