



Resolución Directoral

Callao, 21 de Junio de 2019

VISTOS:

El Informe N° 034-2019-HNDAC-OGC emitido por la Oficina de Gestión de la Calidad, el Informe N° 029-2019-HNDAC-OEPE emitido por la Oficina de Planeamiento Estratégico, y el Informe N° 123-2019-HNDAC-OAJ, emitido por la Oficina de Asesoría Jurídica.

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, refiere que la calidad de la atención es un 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, el artículo 9 del precitado dispositivo normativo señala 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 mayores beneficios posibles en su salud, a protegerlos integralmente contra riesgos innecesarios y satisfacer sus necesidades y expectativas en lo que corresponda;

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

Que, asimismo, el numeral IV del precitado Documento Técnico, las Políticas Nacionales de Calidad en 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 pública, privada y mixta en el país;

Que, bajo ese contexto, mediante documentos de vistos, la Oficina de Gestión de la Calidad, elevó la propuesta de Plan Anual de Gestión de la Calidad en Salud 2019, el cual ha sido elaborado con la finalidad de avanzar con la implementación de calidad a nuestra institución, promoviendo una cultura de calidad y seguridad;

Que, cabe indicar que la referida propuesta de Plan, cuenta con opinión técnica favorable de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico;

Que, por constituir un documento interno de gestión a través del cual se busca mejorar la calidad de atención de salud y satisfacción de los usuarios, es procedente su aprobación;



De conformidad con lo dispuesto por la Ordenanza Regional N° 000006, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, el Decreto Supremo N° 013-2006-SA, que aprueba el Reglamento de los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo y la Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, que aprueba el Documento Técnico; Política Nacional de Calidad en Salud;

En uso de las facultades y atribuciones conferidas al Director General por el literal j) del Artículo 8 del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, aprobado mediante Ordenanza Regional N° 000006, de fecha 06 de febrero de 2013;

Con el visado de la Oficina Ejecutiva de Administración, la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, y de la Oficina de Asesoría Jurídica;

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- APROBAR el Plan Anual de Gestión de la Calidad en Salud – 2019 del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, PLAN OGC-001, Edición N° 008, el cual se encuentra contenido en sesenta (60) folios, que forman parte integrante de la presente Resolución.

Artículo 2°.-NOTIFICAR la presente a las Oficinas y Departamentos para los fines que corresponda.


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

Regístrese, comuníquese y cúmplase.



GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO
Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión

Dr. Yoni Daniel Gómez Arenas
DIRECTOR GENERAL
CMP: 013701 RNE 22912

	PLAN	PLAN OGC-001
	Plan Anual de Gestión de la Calidad en Salud - 2019 Hospital Nacional "Daniel Alcides Carrión"	Edición N.º 008
		Página 1 de 60

PLAN ANUAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD 2019

HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN



E. ARANDA 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 : MC. JESÚS AMÉRICO BRICEÑO VICUÑA
 OAJ : ABOG. MARITA MERCEDES GIL PEREZ DE ROMAN
 OEPE : LIC. MILTON GUSTAVO CANCINO HERNANDEZ




OEA : LIC. ELLIOT HUAMAN ARANDA HUAMAN

Aprobado por: DG. : MC. YONI DANIEL GÓMEZ ARENAS



Resolución Directoral N° Fecha:


J. BRICEÑO V.

	PLAN	PLAN OGC-001
	Plan Anual de Gestión de la Calidad en Salud - 2019 Hospital Nacional "Daniel Alcides Carrión"	Edición N.º 008
		Página 2 de 60

INDICE

I.	INTRODUCCIÓN.....	Pág.03
II.	FINALIDAD.....	Pág.04
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.....	Pág.07-10
	Regional del Callao 2019-2021 y Política Nacional de Calidad en Salud	
VI.	SITUACIÓN ACTUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN.....	Pág.11-42
	EN LA CALIDAD EN EL HNDAC.....	
	6.1 Organización del Sistema de Gestión de la Calidad (SGCS).....	Pág.12-14
	en el HNDAC.....	
	6.2 Actividades 2018 por Línea Estratégica del Sistema de.....	Pág.15-40
	Gestión de la Calidad en el HNDAC.....	
	6.3 Análisis FODA- OGC del Hospital Nacional Daniel A. Carrión.....	Pág.41
	6.4 Estrategias.....	Pág.42
VII.	OBJETIVOS.....	Pág.42-43
	7.1 Objetivo General.....	Pág.42
	7.2 Objetivos Específicos.....	Pág.42-43
VIII.	DESARROLLOS DE ACTIVIDADES.....	Pág.43-45
IX.	MONITOREO Y EVALUACIÓN.....	Pág.46
X.	PERIODO DE VIGENCIA.....	Pág.46
XI.	PRESUPUESTO.....	Pág.46-47
XII.	CUADRO DE ACTIVIDADES Y ATRIBUTOS.....	Pág. 48-55
XIII.	ANEXOS.....	Pág.56-60



	PLAN	PLAN OGC-001
	Plan Anual de Gestión de la Calidad en Salud - 2019 Hospital Nacional "Daniel Alcides Carrión"	Edición N.º 008 Página 3 de 60

PLAN ANUAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD – 2019 HOSPITAL NACIONAL “DANIEL ALCIDES CARRIÓN”

I. INTRODUCCION

El Ministerio de Salud viene fortaleciendo el desarrollo del Sistema de Gestión de la Calidad en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo. En el año 2001 el Ministerio de Salud inicia el proceso de diseño e implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud (SGCS) 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. Ese mismo año también 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.



El Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión desde el año 2004 en que se establece a la Oficina de Gestión de la Calidad como órgano asesor encargado de implementar el SGCS en el Hospital, viene desarrollando de manera sistemática, con la participación activa de los colaboradores de los Departamentos y Oficinas del HNDAC, un conjunto de actividades guías que promueven 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 y de tiempos de espera.




Como Hospital de nivel III-1 necesitamos avanzar en la estructuración de un real y concreto SISTEMA de GESTIÓN 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 2019 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.




	PLAN	PLAN OGC-001
	Plan Anual de Gestión de la Calidad en Salud - 2019 Hospital Nacional "Daniel Alcides Carrión"	Edición N.º 008
		Página 4 de 60

II. FINALIDAD


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

III. BASE LEGAL

- ✓ Ley N° 26842 Ley General de Salud.
- ✓ Ley N° 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 N° 000006, aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional "Daniel Alcides Carrión".
- ✓ Ordenanza Regional N° 000012, aprueba el Cuadro para Asignación de Personal del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión.
- ✓ Decreto Supremo N° 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 N° 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 N° 596-2007/MINSA, aprueba el Plan Nacional de Gestión de la Calidad en Salud.
- ✓ Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, aprueba el Documento Técnico "Política Nacional de Calidad en Salud".
- ✓ Resolución Ministerial N° 1021-2010/MINSA, aprueba la Guía Técnica de Implementación de la Lista de Chequeo de Cirugía Segura.
- ✓ Resolución Ministerial N° 468-2011/MINSA que aprueba el Documento Técnico: Metodología para el estudio del Clima Organizacional. V 02
- ✓ Resolución Ministerial N° 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 N° 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".



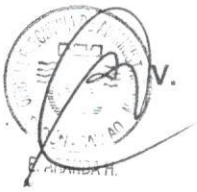


	PLAN	PLAN OGC-001
	Plan Anual de Gestión de la Calidad en Salud - 2019 Hospital Nacional "Daniel Alcides Carrión"	Edición N.º 008
		Página 5 de 60

- ✓ 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 NT N° 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 N° 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.



GENERALIDADES

5.1 PRINCIPIOS Y VALORES

5.1.1. PRINCIPIOS Y VALORES INSTITUCIONALES

PRINCIPIOS
R espeto a la Vida, Dignidad Humana y Cultura de Paz
E quidad y Solidaridad
C alidad y Calidez en la atención
C ompromiso Social
E ficacia y Proactividad
T ransparencia y Eficiencia
T rabajo en Equipo
C omunicación Efectiva y Asertiva
E nfoque al Usuario


VALORES
R esponsabilidad
H onradez y H umildad
E tica y M oral
P ertenencia
L iderazgo
I nnovación
C ivismo
O rientación a Resultados



M.G. CANCINO H.



J. BRICEÑO V.

	PLAN	PLAN OGC-001
	Plan Anual de Gestión de la Calidad en Salud - 2019 Hospital Nacional "Daniel Alcides Carrión"	Edición N.º 008
		Página 6 de 60

5.1.2 PRINCIPIOS DEL SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD EN SALUD

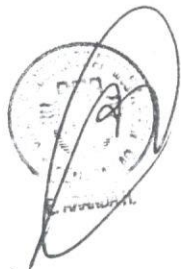
Los principios en los que se fundamenta el Sistema de Gestión de la Calidad en Salud establecidos en la Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud", son:


- **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.

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 multidisciplinares altamente capacitados y tecnología moderna; que desarrolla actividades de docencia e investigación.



	PLAN	PLAN OGC-001
	Plan Anual de Gestión de la Calidad en Salud - 2019 Hospital Nacional "Daniel Alcides Carrión"	Edición N.º 008
		Página 7 de 60

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, considerando 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.

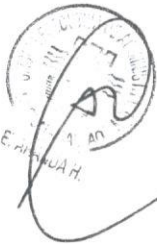
Lineamiento 8 Promover la gestión del territorio para la sostenibilidad del uso y la ocupación ordenada del territorio en armonía con las condiciones ambientales y de seguridad física.


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.



	PLAN	PLAN OGC-001
	Plan Anual de Gestión de la Calidad en Salud - 2019 Hospital Nacional "Daniel Alcides Carrion"	Edición N.º 008
		Página 8 de 60

5.3.2 ACCIONES ESTRATEGICAS INSTITUCIONALES DEL PLAN ESTRATÉGICO 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 morbilidad materna 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%

Emmanuel



J. BRICEÑO V.



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:

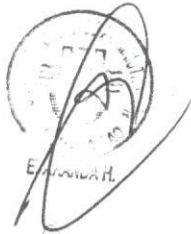
CUADRO N° 2

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 APOYOS 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 ATENCIÓN 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, IMPLEMENTEN 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 IMPLEMENTACIÓN 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, ASISIMISMO, 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	IMPLEMENTACIÓN 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 COMPETENCIA, 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.

	PLAN	PLAN OGC-001
	Plan Anual de Gestión de la Calidad en Salud - 2019 Hospital Nacional "Daniel Alcides Carrión"	Edición N.º 008
		Página 10 de 60


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.




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 satisfacción 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

CUADRO N° 3

	PLAN	PLAN OGC-001
	Plan Anual de Gestión de la Calidad en Salud - 2019 Hospital Nacional "Daniel Alcides Carrión"	Edición N.º 008
		Página 11 de 60

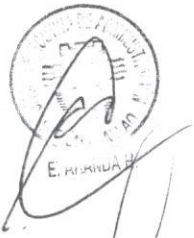
VI. SITUACIÓN ACTUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN EL HNDAC

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 526 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, Odontobstomatología, 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 2018 el número de atenciones ambulatorias registradas han sido de 536,189, el número de atendidos de 72,645, y el número de atenciones médicas 236,883 en todas las especialidades médico quirúrgicas, con una productividad hora médico de 3.41. En Hospitalización se tuvieron 16,450 egresos hospitalarios en el año, con un porcentaje de ocupación de cama de 85.8 %, un promedio diario de ingresos de 40 pacientes por día, rendimiento mensual de cama de 2.9, intervalo de sustitución de cama de 1.5 y una estancia promedio de 8.68 días. En el Servicio de Emergencia se han registrado 104,878 atenciones anuales, siendo los tópicos de Medicina con 49,814 y de Pediatría 28,818, los de mayor demanda. En el año 2018 se realizaron 9,986 intervenciones quirúrgicas, 3,082 en el Centro Quirúrgico Electivas Cuarto piso, 3,233 intervenciones quirúrgicas en el Centro Quirúrgico de Emergencia Tercer Piso, 1,364 en el Hospital de Día y 2,307 en Sala de Operaciones de Oftalmología. Así mismo en el año 2018 se atendieron 4010 partos, 2636 partos vaginales (2473 eutócicos y 163 distócicos) y 1374 cesáreas (porcentaje de cesáreas 34.26 %); siendo el número de recién nacidos vivos 4040 y óbitos 42. (Cuadro N° 4)

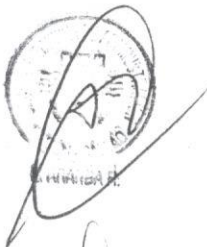


CUADRO N° 04

INDICADORES DE GESTION HOSPITALARIA – 2018 - HNDAC

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

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




BRICENO V.

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.




M.G. CANCINO H.



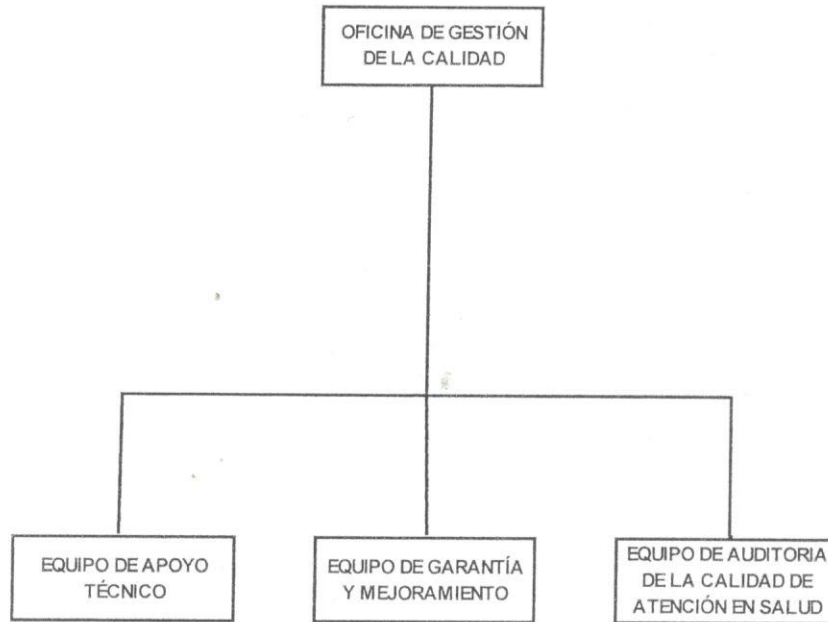
	PLAN	PLAN OGC-001
	Plan Anual de Gestión de la Calidad en Salud - 2019 Hospital Nacional "Daniel Alcides Carrión"	Edición N.º 008
		Página 13 de 60

- Las otras funciones que se delegue o sean dadas por norma expresa.

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.



	PLAN	PLAN OGC-001
	Plan Anual de Gestión de la Calidad en Salud - 2019 Hospital Nacional "Daniel Alcides Carrión"	Edición N.º 008
		Página 14 de 60

c) Recursos Humanos:

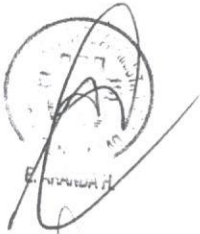
En relación a los recursos humanos, la Oficina de Gestión de la Calidad del HNDAC, cuenta actualmente con 09 trabajadores a tiempo completo, involucrados directamente en las actividades de promoción y gestión de la calidad. El médico coordinador de Auditoría se encuentra a tiempo parcial, pues es programado 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 Auditoría 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 2018 un importante compromiso de las jefaturas. Así mismo a la fecha se ha conformado el Equipo de Auditoría del Departamento de Enfermería adscrito al Comité de Auditoría en Salud.


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.

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 Auditoría en Salud (RD N° 003-2017-DG-HNDAC)
- Equipo de Auditoría del Departamento de Enfermería (RD N°179-2018-DG-HNDAC)
- Comité de Acreditación (R.D. N° 165-2018-DG-HNDAC)
- Equipo de Evaluadores internos (RD N°359-2018-HNDAC)
- Equipo Conductor de Mejora continua para el fortalecimiento de la aplicación de la Lista de verificación de Seguridad de la Cirugía (RD N° 360-2018-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)

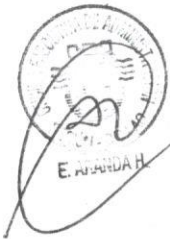



	PLAN	PLAN OGC-001
	Plan Anual de Gestión de la Calidad en Salud - 2019 Hospital Nacional "Daniel Alcides Carrión"	Edición N.º 008
		Página 15 de 60

6.2 ACTIVIDADES 2018 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 2018 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; pero desde el 2011 no se han implementado Proyectos de Mejora Continua de la Calidad. 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.



E. ARANDA H.

6.2.2 Acreditación

En el aspecto de Acreditación hospitalaria nuestra institución ha realizado desde el 2009 ocho autoevaluaciones, y hemos obtenido en todos estos años una cifra lejana del mínimo requerido (85%). En el 2018 se inició la autoevaluación en el mes de Octubre, gracias a la participación activa, responsable y comprometida de un grupo de colaboradores institucionales que conforman el Equipo de evaluadores internos, se ha concluido con el proceso de Autoevaluación Institucional, alcanzando 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.




M.G. CANCINO H.




J. BRICEÑO V.



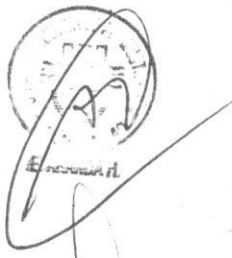

	PLAN	PLAN OGC-001
	Plan Anual de Gestión de la Calidad en Salud - 2019 Hospital Nacional "Daniel Alcides Carrión"	Edición N.º 008
		Página 16 de 60

CUADRO N° 05

PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO POR MACROPROCESOS
AUTOEVALUACIÓN-2018

MACRO PROCESO	% 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.




J. BRICEÑO V.



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 contrarreferencia	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	8.82
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 y 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.


E. ALVARADO H.


DIRECTOR ADJUNTO DE GESTIÓN CLÍNICA
H.N.D.A.C.
REGION - CALLAO
J. BRICEÑO V.


SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD
H.N.D.A.C.
REGION - CALLAO


COMITÉ EJECUTIVO DE PLANEAMIENTO ESTRATÉGICO
H.N.D.A.C.
REGION CALLAO
M.G. CANCINO H.


ASESORÍA JURÍDICA
H.N.D.A.C.
REGION - CALLAO

6.2.3 Satisfacción del Usuario Externo

- Mediciones:** 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.

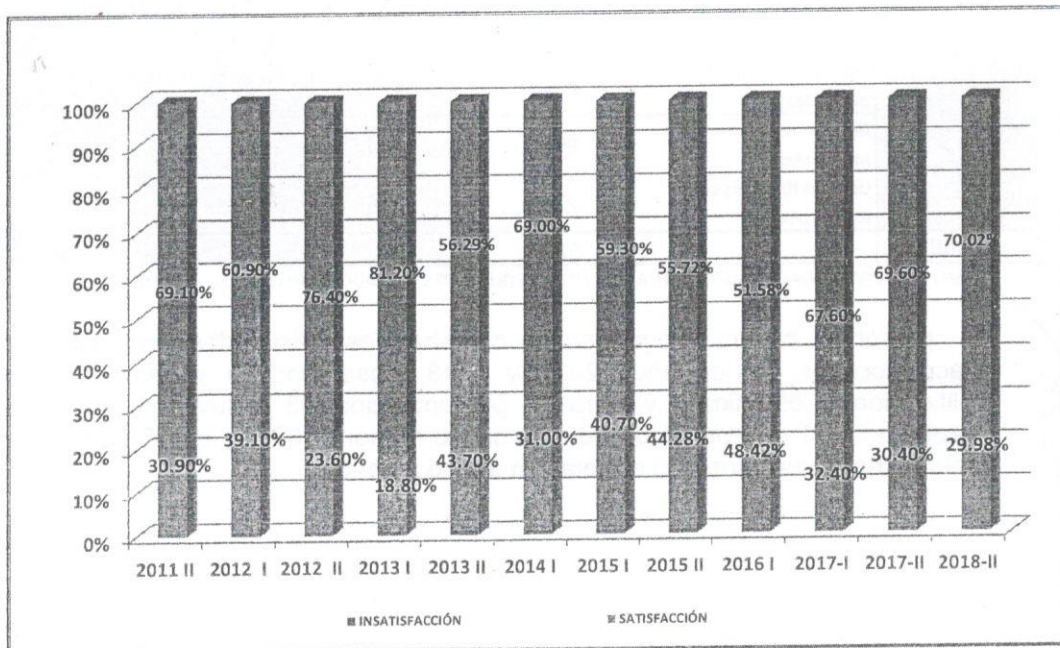
Los resultados de las mediciones de la satisfacción del usuario externo desde el año 2011 se observan en el gráfico N° 01, alcanzando en el 2018 valores de satisfacción del 30 al 40 % (POR MEJORAR); encontrando en los últimos tres años un leve incremento del primer semestre del 2015 al primer semestre del 2016, y a partir de ese semestre la tendencia es a la disminución.

En el año 2018 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).

La medición 2018-I de la Satisfacción de los Usuarios Externos se realizó en el Consultorio de Cardiología, cuya **SATISFACCION GENERAL** encontrada fue de 27.32% y la insatisfacción de 72.68%, el Servicio de Emergencia fue de 24.70% y la insatisfacción de 75.30%, y en el Servicio de hospitalización fue de 25.11% y la insatisfacción de 74.89%; en los tres casos los resultados están considerado como **POR MEJORAR** (Insatisfacción >60 %). La medición 2018-II de la Satisfacción de los Usuarios Externos se realizó en el Servicio de Consulta externa cuya **SATISFACCION GENERAL** encontrado fue de 29.98% y la insatisfacción de 70.02%, considerándose **POR MEJORAR**.

GRAFICO N° 01

% COMPARATIVO DE SATISFACCIÓN E INSATISFACCIÓN DE USUARIOS EXTERNOS EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA, PERIODO 2011-II AL 2018-I



[Handwritten signature]


 J. BRICEÑO V.

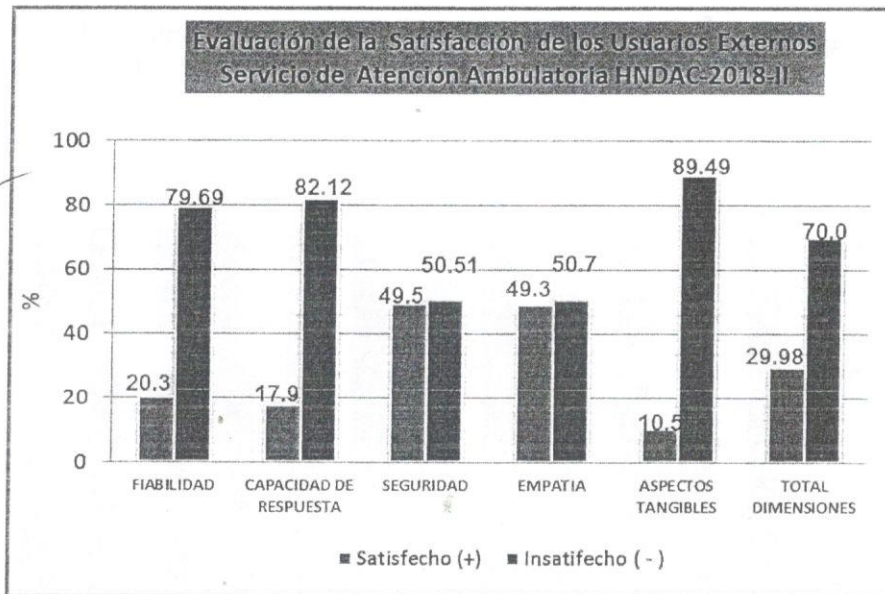



 M.G. CANCINO H.



GRAFICO N° 02

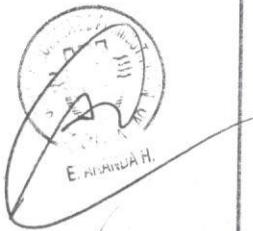
**DEL USUARIO EXTERNO SERVQUAL MODIFICADO,
SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA
PERIODO 2018-II HNDAC**



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-2018-II en el HNDAC.

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

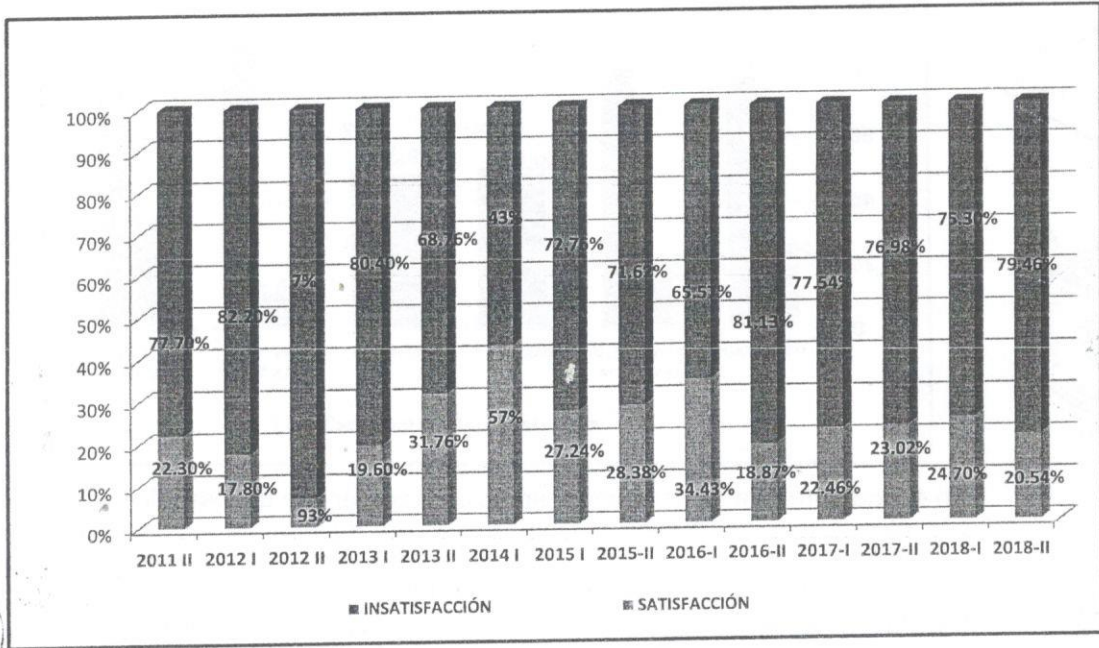
- ✓ **Aspectos tangibles**, la pregunta sobre **Personal para informar y orientar a los pacientes y/o a sus acompañantes**. (Pregunta N° 22) obtuvo el 93.59%.
- ✓ **Fiabilidad**, la pregunta sobre **Información, orientación clara y adecuada sobre trámites y pasos para acceder a la atención** (pregunta N° 01) obtuvo el 83.33%.
- ✓ **Capacidad de respuesta**, la pregunta sobre **Rapidez de la atención de farmacia**, (pregunta N° 09), en ambos casos obtuvieron el 82.82%.
- ✓ **Empatía**, la pregunta sobre **Amabilidad, respeto y paciencia del personal** (Pregunta N° 14) obtuvo el 66.15%;
- ✓ **Seguridad**, la pregunta sobre **Respeto de la privacidad del paciente durante la atención** (pregunta N° 10) obtuvo el 60.51%.



En el estudio del segundo semestre 2018 el promedio de **SATISFACCION GENERAL** encontrado en el **Servicio de Emergencia** fue de **20.54%** y la insatisfacción de **79.46%**, 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 2018-II



En el presente gráfico se puede apreciar los porcentajes de satisfacción e insatisfacción obtenidos en el Servicio de Emergencia del HNDAC, del año 2011-II al año 2018-II, observando una tendencia al incremento de la insatisfacción del usuario externo.

Asimismo nos muestra los resultados de la encuesta SERVQUAL – 2018-II por dimensiones, relacionado a la satisfacción e insatisfacción de los usuarios externos en el servicio de Emergencia; encontrándose que las dimensiones que obtuvieron la mayor satisfacción fueron: fiabilidad con el 27.2%, seguridad con el 23.7% y capacidad de respuesta con el 23.7%. Las dimensiones empatía y aspecto tangibles, obtuvieron una satisfacción del 20.2% y 4.0%, respectivamente.

[Handwritten signature]

DIRECTOR ASISTENTE (S) DE H.N.D.A.C.
REGION - CALLAO
J. BRICEÑO V

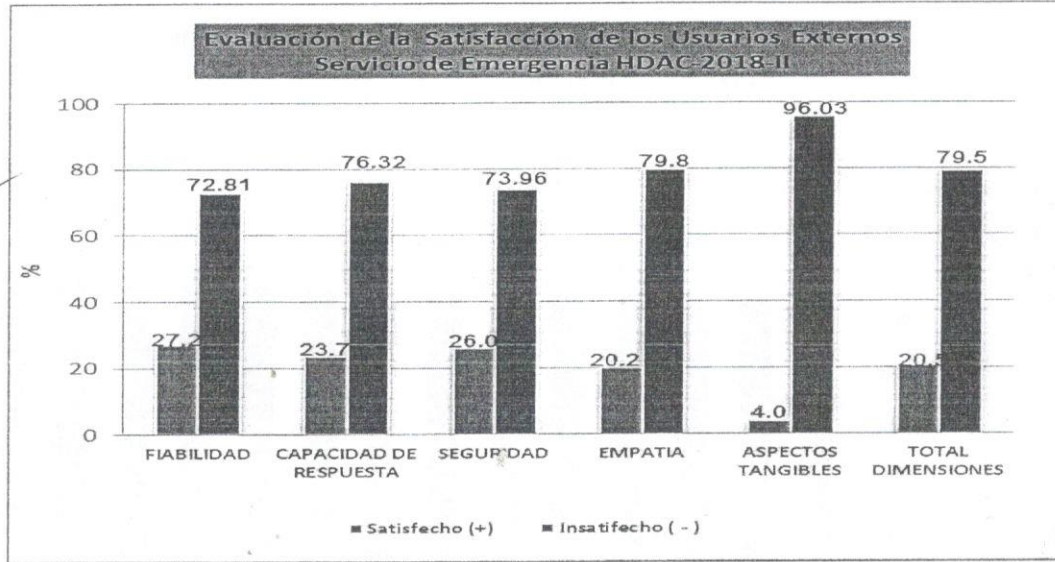
COMITÉ DE GESTIÓN DE LA CALIDAD
REGION - CALLAO

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

ASESORIA JURÍDICA
H.N.D.A.C.
REGION - CALLAO

GRAFICO N° 04

**% POR DIMENSIONES DE LA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN
DEL USUARIO EXTERNO SERVQUAL MODIFICADO,
SERVICIO DE EMERGENCIA
PERIODO 2018- II HNDAC**



Considerando el mayor porcentaje de insatisfacción alcanzado por cada una de las dimensiones, encontramos que en:

Aspectos tangibles, la pregunta sobre si y limpieza y comodidad de los ambientes del servicio de Emergencia (pregunta N° 22) con el 99.16%.

Empatía, la pregunta sobre la Comprensión del paciente de la explicación que el médico le brindó sobre los procedimientos o análisis que le realizaron (Pregunta N° 17) obtuvo el 83.29%.

Seguridad, la pregunta sobre El tiempo que el médico brinda para responder dudas o preguntas sobre salud de los pacientes (Pregunta N° 10), obtuvo el 74.37%.

Fiabilidad, la pregunta Disponibilidad en Farmacia de Emergencia de los medicamentos recetados por el médico Pregunta N° 5), obtuvo el 76.04%.

Capacidad de respuesta, la pregunta sobre la Rapidez de la atención para tomar los análisis de laboratorio (pregunta N° 7), obtuvo 77.72%.

Fiabilidad, la pregunta Disponibilidad en Farmacia de Emergencia de los medicamentos recetados por el médico Pregunta N° 5), obtuvo el 76.04%.

Capacidad de respuesta, la pregunta sobre la Rapidez de la atención para tomar los análisis de laboratorio (pregunta N° 7), obtuvo 77.72%.





PLAN

PLAN OGC-001

Plan Anual de Gestión de la Calidad en Salud - 2019 Hospital Nacional "Daniel Alcides Carrión"

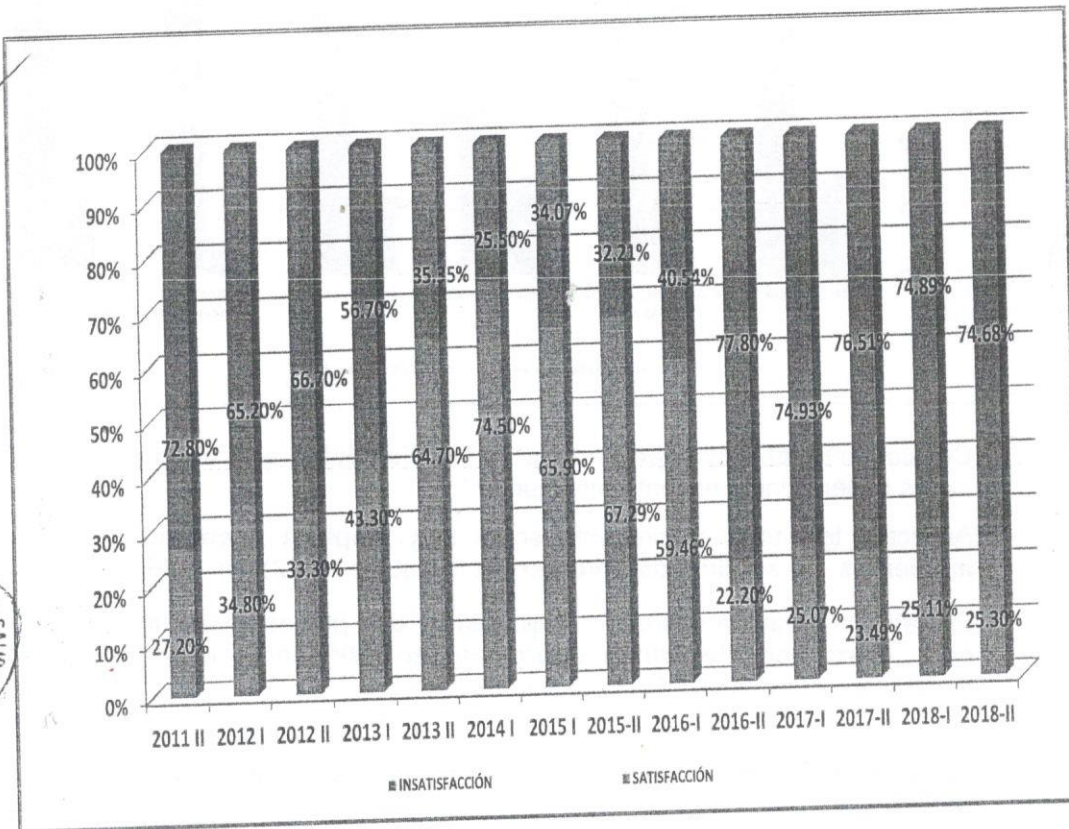
Edición N.º 008

Página 22 de 60

En el estudio del segundo semestre 2018 el promedio de **SATISFACCION GENERAL** encontrado en el **Servicio de Hospitalización** fue de **25.32%** y la insatisfacción de **74.68%** 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 2018-II



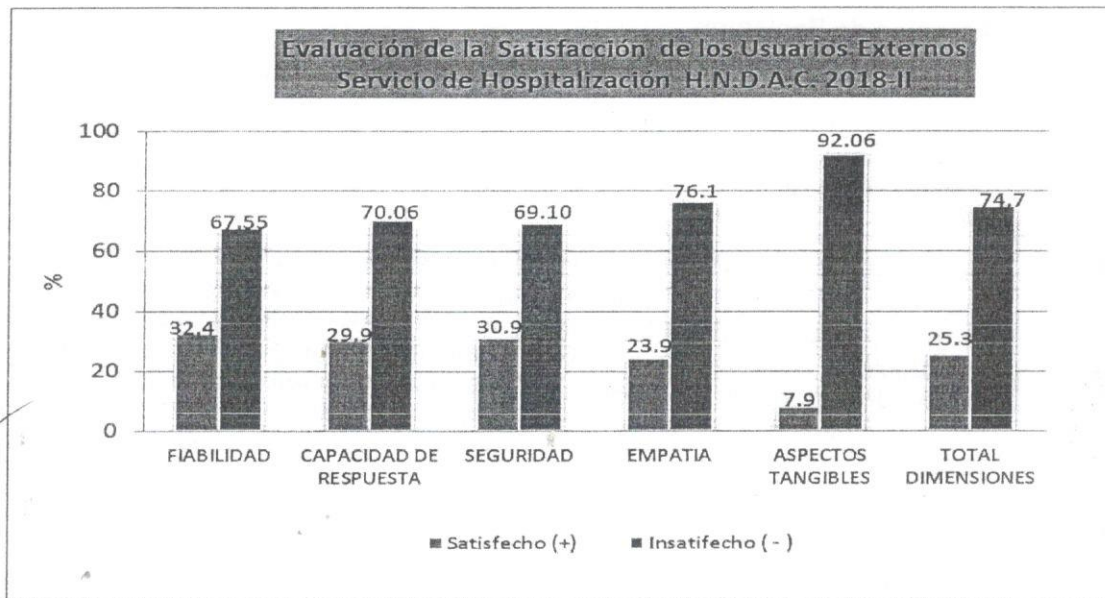
En el presente gráfico se puede apreciar los porcentajes de satisfacción e insatisfacción obtenidos en el Servicio de Hospitalización del HNDAC, del año 2011-II al año 2018-II, encontrando una satisfacción mayor al 60 %, ACEPTABLE, en las mediciones de los años 2013 al 2015 y luego la tendencia es a la disminución.

[Handwritten signature]



GRAFICO N° 06

**% POR DIMENSIONES DE LA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN
DEL USUARIO EXTERNO SERVQUAL MODIFICADO,
SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN
PERIODO 2018 – II HNDAC**



Si analizamos la satisfacción de los usuarios externos según dimensiones, la dimensión aspectos tangibles alcanza el más alto grado de insatisfacción con 92.06%, seguido por empatía con 76.1 %, capacidad de respuesta con un 70.06%, seguridad con el 69.10% y Fiabilidad con 67.55%. 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 **Ropa de cama, colchón y frazadas adecuados** (pregunta N° 22) obtuvo el 98.28% respectivamente.

Empatía, la pregunta sobre el interés que muestra el personal de enfermería para solucionar cualquier problema durante la hospitalización, (pregunta N° 18) obtuvo el 83.69% respectivamente.

Seguridad, la pregunta sobre **Respeto de la privacidad del paciente durante su hospitalización** (pregunta N° 13) obtuvo el 73.82%.

Capacidad de respuesta, las preguntas sobre **Rapidez de los trámites para la hospitalización y Rapidez de los análisis de laboratorio solicitados**. (Preguntas N° 6 y 7), obtuvieron el 70.39%.

Fiabilidad, la pregunta sobre **Explicación que los médicos brindan sobre análisis de laboratorio** (pregunta N° 4); obtuvo el 72.53%.


E. ARVILA H.




M.G. CANCINO H.


ASESORIA JURÍDICA
H.N.D.A.C.
REGION - CALLAO


DIRECCIÓN ASISTENTE DE GESTIÓN CLÍNICA
H.N.D.A.C.
REGION - CALLAO
J. BRICEÑO V.

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 2018 se presentaron 777 reclamos de los cuales se resolvieron en el primer semestre el 73.06 % y en segundo semestre el 72.27%.

CUADRO N° 07

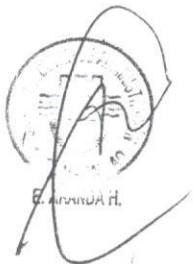
COMPARATIVO DE RECLAMOS POR SERVICIOS
I Y II TRIMESTRE 2018

SERVICIOS	I TRIMESTRE 2018	II TRIMESTRE 2018
CONS. EXTERNA	87	111
HOSPITALIZACION	22	15
EMERGENCIA	23	24
OTROS	69	69
TOTAL	201	219

En el cuadro N° 07 se aprecia que el mayor número de reclamos en el I trimestre 2018 se han presentado en el Servicio de consulta externa con 87 reclamos, en comparación al II trimestre 2018 con 111 reclamos, observándose un incremento de 27.58%.

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 69 reclamos en el I trimestre 2018 y 69 reclamos en el II trimestre 2018, observándose una igualdad porcentual.

Se presentaron 23 reclamos a las atenciones en el servicio de Emergencia en el I trimestre 2018 y 24 en el II Trimestre del 2018, observándose un incremento de 4.35%; se presentaron 22 reclamos a las atenciones en el servicio de Hospitalización en el I trimestre 2018 y 15 reclamos en el II trimestre 2018, observando un disminución de 31.81%.



E. Aranda H.




J. BRICEÑO V.



M.G. CANCINO H.



	PLAN	PLAN OGC-001
	Plan Anual de Gestión de la Calidad en Salud - 2019 Hospital Nacional "Daniel Alcides Carrión"	Edición N.º 008 Página 25 de 60

CUADRO N° 08

**COMPARATIVO DE RECLAMOS POR SERVICIOS
III y IV TRIMESTRE 2018**

SERVICIOS	III TRIMESTRE 2018	IV TRIMESTRE 2018
CONS. EXTERNA	70	95
HOSPITALIZACION	23	18
EMERGENCIA	12	15
OTROS	68	56
TOTAL	173	184

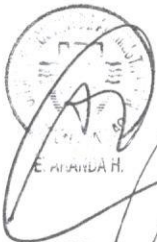
En el presente cuadro se aprecia que el mayor número de reclamos en el IV Trimestre 2018 se han presentado en el servicio de consulta externa con 95 reclamos, y en comparación al III trimestre 2018 con 70 reclamos, se observa un incremento de 26.31%. El principal motivo de estos reclamos fue por falta 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 56 reclamos en el IV trimestre 2018 y 68 reclamos en el III trimestre 2018, observando una disminución de 17.64%.

Se presentaron en la PAUS por la atención en el servicio de Hospitalización 18 reclamos en el IV trimestre 2018 y 23 en el III trimestre del 2018, observándose una disminución de 21.73%.

Se presentaron en la PAUS por la atención en el servicio de emergencia 15 reclamos en el IV trimestre 2018 y 12 reclamos en el III trimestre 2018, observando un incremento del 20%.

• **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 2018 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.





PLAN

PLAN OGC-001

Plan Anual de Gestión de la Calidad en Salud - 2019
Hospital Nacional "Daniel Alcides Carrión"

Edición N.º 008

Página 26 de 60

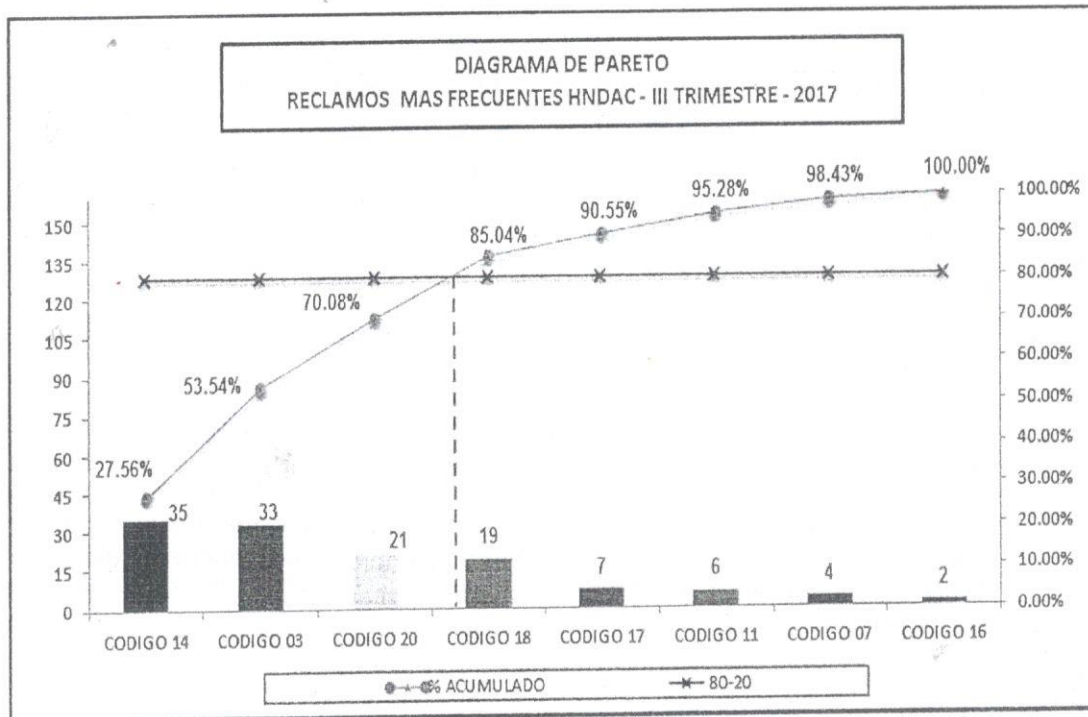
CUADRO N° 09

CLASIFICACIÓN DE LOS RECLAMOS MÁS FRECUENTES III TRIMESTRE 2018

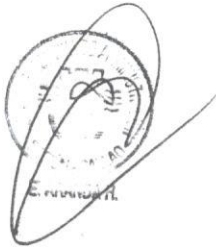
CLASIFICACIÓN DEL RECLAMO	FRECUENCIA	% ACUMULADO		80-20
CODIGO 20	77	44.51%	77	80%
CODIGO 03	27	60.12%	104	80%
CODIGO 14	23	73.41%	127	80%
CODIGO 18	22	86.13%	149	80%
CODIGO 17	11	92.49%	160	80%
CODIGO 07	5	95.38%	165	80%
CODIGO 11	3	97.11%	168	80%
CODIGO 05	2	98.27%	170	80%
CODIGO 16	2	99.42%	172	80%
CODIGO 15	1	100.00%	173	80%
TOTAL	173			

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

GRÁFICO N° 07



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



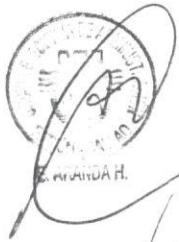
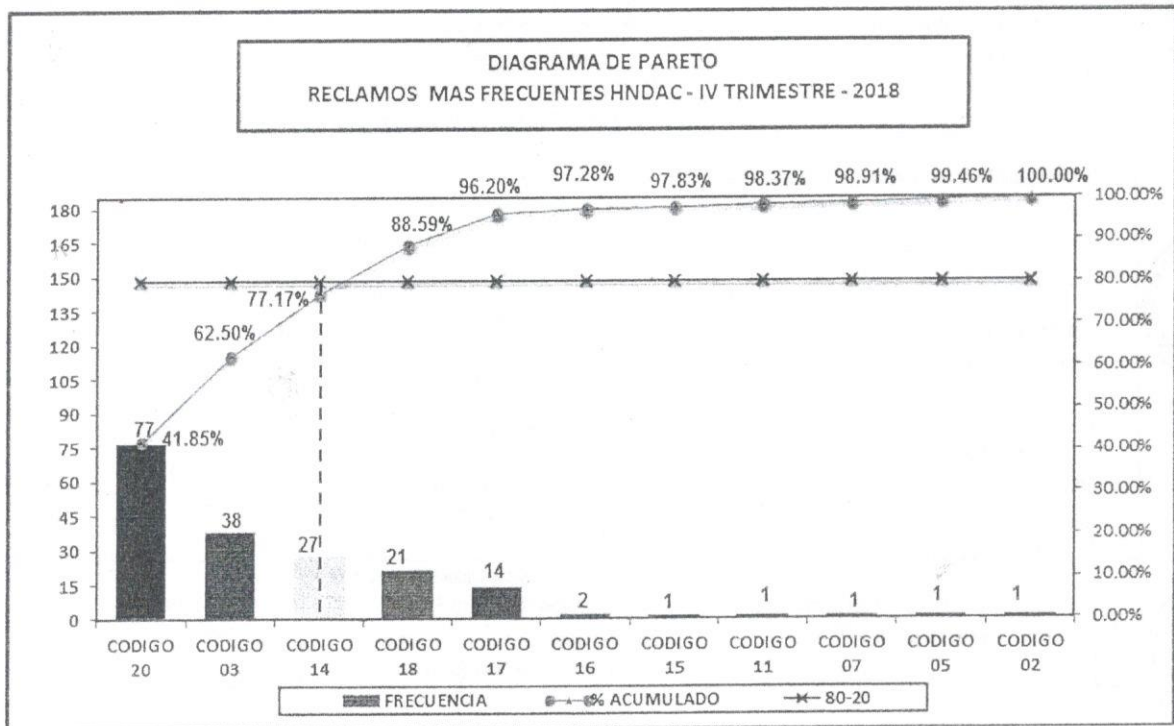
CUADRO N° 10


RECLAMOS MÁS FRECUENTES
IV TRIMESTRE 2018

CLASIFICACION DEL RECLAMO	FRECUENCIA	% ACUMULADO		80-20
CODIGO 20	77	41.85%	77	80%
CODIGO 03	38	62.50%	115	80%
CODIGO 14	27	77.17%	142	80%
CODIGO 18	21	88.59%	163	80%
CODIGO 17	14	96.20%	177	80%
CODIGO 16	2	97.28%	179	80%
CODIGO 15	1	97.83%	180	80%
CODIGO 11	1	98.37%	181	80%
CODIGO 07	1	98.91%	182	80%
CODIGO 05	1	99.46%	183	80%
CODIGO 02	1	100.00%	184	80%
TOTAL	184			

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

GRÁFICO N° 08



	PLAN	PLAN OGC-001
	Plan Anual de Gestión de la Calidad en Salud - 2019 Hospital Nacional "Daniel Alcides Carrión"	Edición N.º 008
		Página 28 de 60

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

6.2.4 Indicadores de Calidad Institucionales

El SGCS considera como uno de sus componentes el de Información para la Calidad, que está definido como el conjunto de estrategias, metodologías, instrumentos y procedimientos que permiten contar con evidencias, de manera permanente y organizada, sobre la calidad de atención y los niveles de satisfacción de los usuarios internos y externos.


Al respecto se presentan a continuación los valores de los indicadores institucionales de Calidad alcanzados en el primer y segundo semestre 2018.

CUADRO N° 11
INDICADORES DE CALIDAD DE RECLAMOS Y SATISFACCION DEL USUARIO DEL
HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN
PRIMER SEMESTRE 2018

Nº	NOMBRE DEL INDICADOR	RELACION OPERACIONAL		VALOR DEL INDICADOR (%)
1	Porcentaje de reclamos resueltos en el HNDAC	$\frac{\text{Número de reclamos resueltos en un periodo}}{\text{Total de reclamos recibidas en un periodo}} \times 100$	$\frac{160}{219} \times 100$	73.06%
2	Porcentaje de usuarios externos informados satisfactoriamente en Consultorio de Cardiología	$\frac{\text{Nº de usuarios externos encuestados en el Servicio de Cardiología que manifiestan que la información recibida en la atención es entendible y completa}}{\text{Nº total de usuarios externos encuestados en el Consultorio de Cardiología un periodo}} \times 100$	$\frac{110}{390} \times 100$	28.2%
3	Porcentaje de usuarios atendidos en Consultorio de Cardiología que percibieron privacidad durante la atención	$\frac{\text{Número de usuarios atendidos y encuestados en el Servicio de Cardiología que perciben privacidad durante la atención en Consulta Externa}}{\text{Total de usuarios atendidos en el Consultorio de cardiología en un periodo}} \times 100$	$\frac{128}{390} \times 100$	32.8%
4	Porcentaje de usuarios atendidos en Emergencia que percibieron privacidad durante la atención	$\frac{\text{Número de usuarios atendidos y encuestados que perciben privacidad durante la atención en Emergencia}}{\text{Total de usuarios atendidos en un periodo}} \times 100$	$\frac{59}{360} \times 100$	36.8%
5	Porcentaje de usuarios atendidos en Hospitalización que percibieron privacidad durante la atención	$\frac{\text{Número de usuarios atendidos y encuestados que perciben privacidad durante la atención en Hospitalización}}{\text{Total de usuarios atendidos en un periodo}} \times 100$	$\frac{63}{250} \times 100$	16.4%
6	Porcentaje de satisfacción del usuario en el Consultorio de Cardiología.	$\frac{\text{Número de usuarios encuestados satisfechos}}{\text{Total de usuarios encuestados en un periodo}} \times 100$ en el servicio de Consulta Externa	$\frac{107}{390} \times 100$	27.4%

FUENTE

1. PLATAFORMA DE ATENCIÓN AL USUARIO
- 2 - 6 ESTUDIO DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO EXTERNO DE LOS SERVICIOS DE CONSULTA EXTERNA, EMERGENCIA Y HOSPITALIZACIÓN DEL HNDAC, CORRESPONDIENTE AL PRIMER SEMESTRE 2018

	PLAN	PLAN OGC-001
	Plan Anual de Gestión de la Calidad en Salud - 2019 Hospital Nacional "Daniel Alcides Carrión"	Edición N.º 008
		Página 29 de 60

CUADRO N° 12

**INDICADORES DE CALIDAD DE RECLAMOS Y SATISFACCION DEL USUARIO DEL
HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN
SEGUNDO SEMESTRE 2018**

N°	NOMBRE DEL INDICADOR	RELACION OPERACIONAL	VALOR DEL INDICADOR (%)
1	Porcentaje de reclamos resueltos en el HNDAC	$\frac{\text{Número de reclamos resueltos en un periodo}}{\text{Total de reclamos recibidas en un periodo}} \times 100$	$\frac{258}{357} \times 100$ 72.27%
2	Porcentaje de usuarios externos informados satisfactoriamente en Consulta Externa	$\frac{\text{N° de usuarios externos encuestados en Consulta Externa que manifiestan que la información recibida en la atención es entendible y completa}}{\text{N° total de usuarios externos encuestados en Consulta Externa en un periodo}} \times 100$	$\frac{65}{390} \times 100$ 16.70%
3	Porcentaje de usuarios atendidos en Consulta Externa que percibieron privacidad durante la atención	$\frac{\text{Número de usuarios atendidos y encuestados en Consulta Externa que perciben privacidad durante su atención}}{\text{Total de usuarios atendidos en Consulta Externa en un periodo}} \times 100$	$\frac{154}{390} \times 100$ 39.50%
4	Porcentaje de usuarios atendidos en Emergencia que percibieron privacidad durante la atención	$\frac{\text{Número de usuarios atendidos y encuestados que perciben privacidad durante la atención en Emergencia}}{\text{Total de usuarios atendidos en un periodo}} \times 100$	$\frac{93}{360} \times 100$ 25.90%
5	Porcentaje de usuarios atendidos en Hospitalización que percibieron privacidad durante la atención	$\frac{\text{Número de usuarios atendidos y encuestados que perciben privacidad durante la atención en Hospitalización}}{\text{Total de usuarios atendidos en un periodo}} \times 100$	$\frac{61}{250} \times 100$ 24.4%
6	Porcentaje de satisfacción del usuario en Consulta Externa.	$\frac{\text{Número de usuarios encuestados satisfechos}}{\text{Total de usuarios encuestados en un periodo}} \times 100$	$\frac{116.9}{390} \times 100$ 29.98%

FUENTE:


1. PLATAFORMA DE ATENCIÓN AL USUARIO

2 - 6 ESTUDIO DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO EXTERNO DE LOS SERVICIOS DE CONSULTA EXTERNA, EMERGENCIA Y HOSPITALIZACIÓN DEL HNDAC, CORRESPONDIENTE AL SEGUNDO SEMESTRE 2018

Se evaluaron semestralmente los indicadores de calidad institucional-2018, presentando en el segundo semestre una disminución en lo relacionado al porcentaje de los reclamos resueltos con 72.27%, porcentaje de usuarios externos informados satisfactoriamente en Consulta Externa con 16.70% y porcentaje de usuarios atendidos en Emergencia que percibieron privacidad durante la atención con 25.90%, y un incremento en el porcentaje de usuarios atendidos en Consulta Externa que percibieron privacidad durante la atención con 39.50%, porcentaje de usuarios atendidos en Hospitalización que percibieron privacidad durante la atención con 24.4% y porcentaje de satisfacción del usuario en Consulta externa con 29.50%.

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 y Medicina, y actualmente viene



	PLAN	PLAN OGC-001
	Plan Anual de Gestión de la Calidad en Salud - 2019 Hospital Nacional "Daniel Alcides Carrión"	Edición N.º 008
		Página 30 de 60

realizando el monitoreo y supervisión de los mismos en los Departamentos de Ginecología y Obstetricia y Emergencia y Cuidados Críticos.

6.2.5 Auditoria de la Calidad en Salud

Las actividades de Auditoría de la Calidad en Salud, han sido fortalecidas durante el 2018, pues se desarrollaron 04 auditorías de la Calidad de Registro, 06 Auditorías de la Calidad de Atención en Salud, 02 Auditorias Concurrentes, 04 Informes de Seguimientos de Recomendaciones y 17 Auditorías de Caso.

CUADRO N° 13

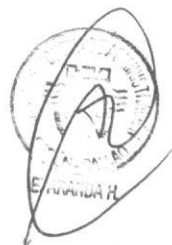
AUDITORIAS DE CALIDAD DE REGISTRO AÑO 2018

Nº	Apellidos y Nombres	Documento con que se remite el Informe Auditoria
1	Reporte de Auditoria de Calidad de Registro - Lista de Verificacion de Cesareas de Emergencia	Informe Nro. 044-2018-HNDAC-OGC
2	Reporte de Auditoria de Calidad de Registro - Formato de Reporte Operatorio de Cesareas en Centro Quirúrgico	Informe Nro. 053-2018-HNDAC-OGC
3	Reporte de Auditoria de Calidad de Registro - Servicio de Cardiologia - Departamento de Medicina	Informe Nro. 144-2018-HNDAC-OGC
4	Reporte de Auditoria de Calidad de Registro - Consulta Externa de Oncologia	Informe Nro. 184-2018-HNDAC-OGC

CUADRO N° 14

AUDITORIAS DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN AÑO 2018

Nº	Apellidos y Nombres	Documento con que se remite el Informe Auditoria
1	Programa Auditoria de Calidad de Atencion: Adherencia Guia Clinica: Guia de Practica Clinica Shock Hipovolemico Obstetrico	Memorandum N° 091-2018-HNDAC/OGC
2	Reporte de Auditoria de Calidad de Atencion Revision de las Infecciones de Sitio Operatorio Post Cesarea	Informe Nro. 038-2018-HNDAC-OGC
3	Programa Auditoria de Calidad de Atencion: Adherencia Guia Clinica: Guia de Practica Clinica para el Diagnostico, Tratamiento y Control de Enfermeddes Hipertensivas	Memorandum N° 124-2018-HNDAC/OGC
4	Reporte de Auditoria de Calidad de Atencion: Pertinencia de Cesarea	Informe Nro. 075-2018-HNDAC-OGC
5	Reporte de Auditoria de Calidad de Atencion: Manejo de la Cadena de Frio en las Inmunizaciones	Informe Nro. 128-2018-HNDAC-OGC
6	Reporte de Auditoria de Calidad de Atencion: Cumplimiento de los Procesos de las Muestras de Citologia Cervico Uterino y Biopsias Endoscopicas - Febrero 2018	Informe Nro. 172-2018-HNDAC-OGC



	PLAN	PLAN OGC-001
	Plan Anual de Gestión de la Calidad en Salud - 2019 Hospital Nacional "Daniel Alcides Carrión"	Edición N.º 008
		Página 31 de 60

CUADRO N° 15

AUDITORIAS CONCURRENTES
AÑO 2018

Nº	Apellidos y Nombres	Documento con que se remite el Informe Auditoria
1	Reporte de Auditoria Concurrente de Estancia Prolongada en el Servicio de Medicina 7mo. A y B	Informe Nro. 001-2018-HNDAC-OGC
2	Reporte de Auditoria Concurrente de Estancia Prolongada en el Servicio de Neumología - Infectología	Informe Nro. 032-2018-HNDAC-OGC

CUADRO N° 16

SEGUIMIENTO DE RECOMENDACIONES DE AUDITORIA
AÑO 2018


Nº	Apellidos y Nombres	Documento con que se remite el Informe Auditoria
1	Informe de Seguimiento de Recomendaciones I Trimestre (Diburga, Saucedo, Guzman, Rosales)	Informe N° 029-2018-HNDAC/OGC
2	Informe de Seguimiento de Recomendaciones I Trimestre (Mosquera, Rodriguez, Chamorro, Tenorio, Herbozo, Jibaja)	Informe N° 080-2018-HNDAC/OGC
3	Informe de Seguimiento de Recomendaciones I Trimestre (Espinoza, Herrera, Quevedo, Rodriguez, Chamorro, Tenorio, Herbozo, Jibaja)	Informe N° 143-2018-HNDAC/OGC
4	Informe de Seguimiento de Recomendaciones I Trimestre (Napuri, Andrade, Salas, Tenorio, Quevedo, Jibaja)	Informe N° 179-2018-HNDAC/OGC

En relación al cumplimiento de las recomendaciones, éstas se han implementado en el 2018 en un 30 - 40 %, 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, cuya socialización se realizó en el 2018 a los Comités de Auditoría y Equipos de Auditorías adscritos y serán implementados en el 2019.

E. ALVAREZ H.




	PLAN	PLAN OGC-001
	Plan Anual de Gestión de la Calidad en Salud - 2019 Hospital Nacional "Daniel Alcides Carrión"	Edición N.º 008
		Página 32 de 60

CUADRO N° 17

AUDITORIAS DE CASO DE LA CALIDAD DE ATENCION EN SALUD - 2018

N°	Fecha de Ingreso	Documento que inicia la Auditoria	Informe de Auditoria concluida
1	03/01/18	Memorandum N° 822-2017-HN-DAC-DG	Informe N° 001-2018- CAS-HNDAC
2	03/02/18	Memorandum N° 091-2018-HN-DAC-DG	Informe N° 001-2018- CAM-HNDAC
3	02/02/18	Memorandum N° 027-2018-HNDAC/OESA	Informe N° 010-2018- CAM-HNDAC
4	27/12/17	Memorandum N° 168-2017-HNDAC/OGC	Informe N° 012-2018- CAM-HNDAC
5	07/02/18	Memorandum N° 027-2018-HNDAC/OESA	Informe N° 002-2018- CAM-HNDAC
6	13/03/18	Memorandum N° 160-2018-HNDAC/DG	Informe N° 003-2018- CAM-HNDAC
7	04/04/18	Memorandum N° 074-2018-HNDAC/OESA	Informe N° 004-2018- CAM-HNDAC
8	04/04/18	Memorandum N° 074-2018-HNDAC/OESA	Informe N° 005-2018- CAM-HNDAC
9	04/04/18	Memorandum N° 074-2018-HNDAC/OESA	Informe N° 006-2018- CAM-HNDAC
10	25/04/18	Informe N° 59-2018-HNDAC/OGC	Informe N° 007-2018- CAM-HNDAC
11	06/07/18	Informe N° 97-2018-HNDAC/OESA	Informe N° 002-2018- CAS-HNDAC
12	13/07/18	Memorandum N° 312-2018-HNDAC/DG-DAGC	Informe N° 008-2018- CAM-HNDAC
13	20/07/18	Memorando N° 325-2018-HNDAC-DG-DAGC	Informe N° 009-2018-CAM-HNDAC
14	02/10/18	Memorando N° 468-2018-HNDAC-DG-DAGC	Informe N° 011-2018-CAM-HNDAC
15	28/09/18	Memorando N° 461-2018-HNDAC-DG-DAGC	Informe N° 014-2018-CAM-HNDAC
16	05/10/18	Memorando N° 476-2018-HNDAC-DG	Informe N° 013-2018-CAM-HNDAC
17	26/10/18	Memorando N° 525-2018-HNDAC-DG-DAGC	Informe N° 015-2018-CAM-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.



	PLAN	PLAN OGC-001
	Plan Anual de Gestión de la Calidad en Salud - 2019 Hospital Nacional "Daniel Alcides Carrión"	Edición N.º 008
		Página 33 de 60

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.

Cabe resaltar que se viene elaborando el Proyecto de mejora de la UPS Central de Esterilización: "Optimizando el procedimiento de Pre-Lavado en el HNDAC", que se encuentra en la primera fase, Etapa de estudio según Informe N° 118-2018-HNDAC/OGC, el cual fue informado en la matriz de reporte de proyectos de mejora continua de la calidad-I Semestre 2018 según Informe N°142-2018-HNDAC/OGC aún en proceso y en proceso de aprobación de documentos normativos.

Los integrantes de la Oficina de Gestión de la Calidad han participado en el Comité Responsable del Monitoreo de Indicadores del Convenio de Gestión 2018 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, con lo cual esperamos fortalecer en el 2019 la asistencia técnica para la priorización de las acciones de mejora en las diferentes unidades orgánicas.

CUADRO N°18
RELACIÓN DE CIRCULOS DE CALIDAD 2018-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	Círculo de Calidad N° 001-DPCAP Servicio de Patología Clínica
	Círculo de Calidad N° 002-DPCAP Servicio de Anatomía Patológica
	Círculo de Calidad N° 003-DPCAP del Servicio de Hemoterapia y Banco de Sangre
Departamento de Enfermería	Círculo de Calidad N° 001-DE-HNDAC
	Círculo de Calidad N° 002-DE-HNDAC
	Círculo de Calidad N° 003-DE-HNDAC
Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos	Círculo de Calidad N° 001-DECC-HNDAC del Servicio de Cuidados Intensivos Adultos
	Círculo de Calidad N° 002-DECC-HNDAC del Servicio de Cuidados Intermedios Adultos
	Círculo de Calidad N° 003-DECC-HNDAC del Servicio de Emergencia
Oficina de Estadística y Sistemas Informáticos	

6.2.7



	PLAN	PLAN OGC-001
	Plan Anual de Gestión de la Calidad en Salud - 2019 Hospital Nacional "Daniel Alcides Carrión"	Edición N.º 008
		Página 34 de 60

La seguridad de los pacientes implica efectuar una gestión adecuada de riesgos, desarrollando buenas prácticas de atención acordes 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, 2017-2018" aprobado con Resolución Directoral N°579-2017-DG-HNDAC se elaboró 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 Obstétrico y Centro Quirúrgico.

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 monitoreados los resultados para su socialización al personal de salud y se llevan a cabo reuniones técnicas para definir las acciones de mejora a implementar.

En el cuadro N° 19 podemos observar que el promedio anual de adherencia de Higiene de manos en el 2018 fue de 51.57%.

CUADRO N° 19

**PROMEDIO ANUAL DE ADHERENCIA DE HIGIENE DE MANOS
2018**

% DE ADHERENCIA HM I TRIMESTRE	% DE ADHERENCIA HM II TRIMESTRE	% DE ADHERENCIA HM III TRIMESTRE	% DE ADHERENCIA HM IV TRIMESTRE	PROMEDIO ANUAL
61.53	50.75	45.89	48.13	51.57

En el IV trimestre 2018 se observaron 804 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 387 realizaron la higiene de manos con agua y jabón o alcohol gel, obteniéndose una adherencia de 48.13 %, según se aprecia en la figura N°1.

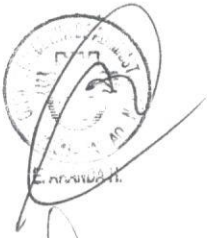
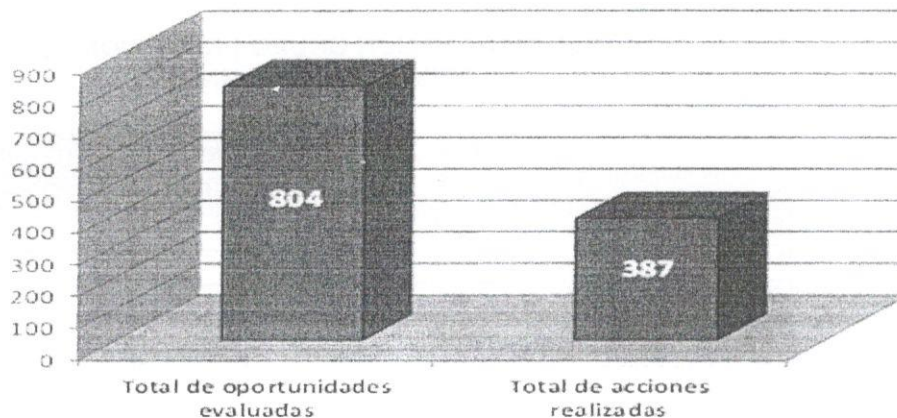


GRAFICO N° 9

**ADHERENCIA DE HIGIENE DE MANOS
IV TRIMESTRE 2018**



% de adherencia a Higiene de manos: $387/804 \times 100 = 48.13\%$


La adherencia a la higiene de manos en los servicios priorizados se detalla en el cuadro N° 20

CUADRO N° 20

**ADHERENCIA A LA HIGIENE DE MANOS SEGÚN SERVICIO
IV TRIMESTRE 2018**

SERVICIOS	OPORTUNIDADES	ACCIONES	% DE ADHERENCIA HM
EMG. CIRUGÍA	76	44	58
EMG. TOPICO II	260	129	50
EMG. GINECO OBST.	94	31	33
EMG TRAUMA SHOCK	70	48	69
EMG. UCYME	24	15	63
NEO UCI	59	25	42
NEO UCIN	43	26	60
UCI	65	26	40
UCIN	69	29	42
UCIP	44	14	32

Analizando la información por servicio se observa que en el IV trimestre 2018 la mayor adherencia a la higiene de manos se ha presentado en los servicios de Emergencia trauma shock (69%), Emergencia UCYME (63%), UCIN Neonatología (60%), Emergencia Cirugía (58%); Emergencia tóxico II (50%); y la menor adherencia se observa en los servicios de UCI Neonatología (42%), UCIN Adultos (42%), UCI (40%) Emergencia de Gineco-Obstetricia (33%) y UCIP (32%).


E. REYES H.



La adherencia a la Higiene de Manos por grupo profesional se detalla a continuación.

CUADRO N° 21

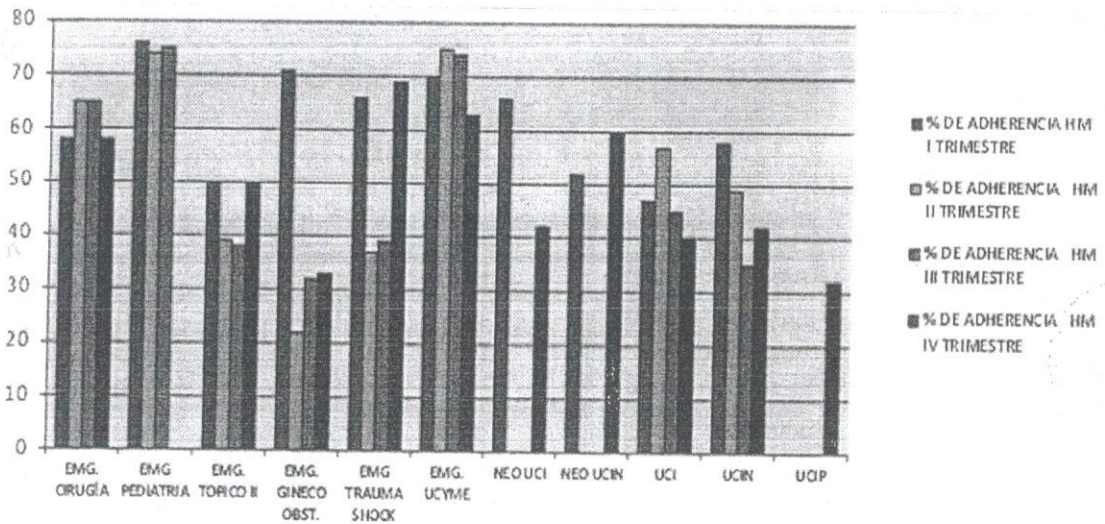
**ADHERENCIA SEGÚN GRUPO PROFESIONAL
IV TRIMESTRE 2018-HNDAC**

PROFESIÓN	OPORTUNIDADES EVALUADAS	ACCIONES REALIZADAS	% DE ADHERENCIA DE HIGIENE DE MANOS
Enfermera	237	146	62
Médico	279	95	34
Obstetra	30	11	37
Téc. Enfermería	222	113	51
Téc. Laboratorio	36	13	36

En el cuadro N° 21 se muestra la adherencia por grupos de profesionales en el IV trimestre 2018, donde se observa que el profesional enfermera(o) tiene la más alta adherencia de la HM con 62%; seguido por el Técnico de Enfermería con 51%; Obstetra 37%; Técnico de laboratorio 36% y Médico 34%.


GRAFICO N° 10

**COMPARATIVO DE ADHERENCIA DE HIGIENE DE MANOS POR
SERVICIOS EVALUADOS, SEGÚN TRIMESTRE 2018**



Al observar el cuadro N° 21 y gráfico N° 10, la proporción de la adherencia de higiene de manos por servicios según trimestre, encontramos un mantenimiento de esta en Emergencia Pediátrica, Emergencia de Cirugía y Emergencia de Gineco-Obstetricia. Se observa una mejora en emergencia tóxico II, trauma Shock y UCIN y un descenso en Emergencia UCYME, UCI y Emergencia Cirugía.



	PLAN	PLAN OGC-001
	Plan Anual de Gestión de la Calidad en Salud - 2019 Hospital Nacional "Daniel Alcides Carrión"	Edición N.º 008
		Página 37 de 60

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 en los Centros Quirúrgicos de Electivas y Emergencia que se evidencia en los Informes mensuales que se remiten a la Dirección General, Departamentos de Especialidades Quirúrgicas, Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico y Departamento de Enfermería.

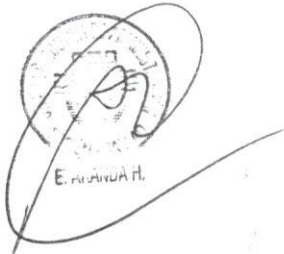
En los cuadros N° 22 y 23, respectivamente, se muestra el porcentaje de aplicación de la Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía en los Centros Quirúrgicos de Electiva y Emergencia en el cuarto trimestre y anual, por meses.

CUADRO N° 22

**APLICACIÓN DELVSC EN CENTRO QUIRUGICO PROGRAMADAS
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO
ANUAL - 2018**

MES	NUMERO DE CIRUGIAS REALIZADAS	NUMERO DE LVSC APLICADAS	% DE CUMPLIMIENTO
ENERO	268	268	100
FEBRERO	235	235	100
MARZO	234	231	98.7
ABRIL	265	265	100
MAYO	247	247	100
JUNIO	236	232	98.3
JULIO	266	265	99.6
AGOSTO	236	232	100
SETIEMBRE	242	238	99.5
OCTUBRE	257	251	100
NOVIEMBRE	245	238	100
DICIEMBRE	205	200	100
TOTAL	2936	2902	98%

Como se observa en el cuadro N° 22, la aplicación de las LVSC en las salas quirúrgicas de intervenciones ELECTIVAS en el año 2018 alcanzó en promedio 98 % de cumplimiento.



E. ALVARADO H.



CUADRO N° 23

**APLICACIÓN DE LVSC EN CENTRO QUIRURGICO EMERGENCIA
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO
ANUAL -2018**

MES	NUMERO DE CIRUGIAS REALIZADAS	NUMERO DE LVSC APLICADAS	% DE CUMPLIMIENTO
ENERO	304	295	97
FEBRERO	246	246	100
MARZO	291	291	100
ABRIL	244	244	100
MAYO	258	254	98
JUNIO	271	266	98
JULIO	262	262	100
AGOSTO	263	263	100
SETIEMBRE	272	274	99
OCTUBRE	264	256	98
NOVIEMBRE	250	246	98
DICIEMBRE	301	295	98
TOTAL	3226	3192	98%

En el cuadro N° 23 se observa que la aplicación de las LVSC en las salas quirúrgicas de emergencia en el 2018 alcanzó en promedio 98 %.

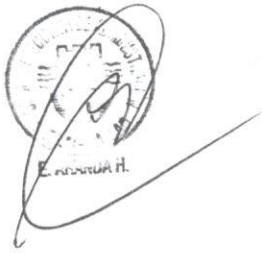
Se aplicó encuesta para evaluar la implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad Cirugía en el I y II SEMESTRE 2018.

Asimismo se realizó la evaluación in situ de la aplicación de la Lista de verificación de Seguridad de la Cirugía en Centro Quirúrgico, a través de visitas inopinadas al Centro Quirúrgico, según Informe sobre Aplicación de la Lista de Verificación de la Seguridad Cirugía - Setiembre 2018, Informe N° 146-2018-HNDAC/OGC.

Es importante mencionar que a la fecha del presente informe no se dispone del aplicativo informático para el registro de datos de la LVSC en el Centro Quirúrgico de Emergencia y se realiza el procesamiento de datos de manera manual, obteniendo el porcentaje de cumplimiento a través del paloteo, originando horas hombre ocupadas para tal fin. Consta en acta.

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

Durante el 2018 se ha continuado recopilando, consolidando y clasificando los eventos adversos reportados a la OGC, que para el caso de las Infecciones Asociadas a la atención en Salud-IAAS y las fichas de notificación de Muerte Fetal y Neonatal por semana epidemiológica estos son notificados por la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental - OESA; las fugas y caídas por los diferentes servicios y Departamentos; las úlceras por presión y otros eventos adversos por la Unidad de Cuidados Intensivos Adultos.





J. BRICEÑO V.




M.G. CANCINO H.



	PLAN	PLAN OGC-001
	Plan Anual de Gestión de la Calidad en Salud - 2019 Hospital Nacional "Daniel Alcides Carrión"	Edición N.º 008
		Página 39 de 60

CUADRO N° 24

EVENTOS ADVERSOS REPORTADOS ANUAL 2018

EVENTO ADVERSO	TOTAL I Trim 2018	TOTAL II Trim 2018	TOTAL III Trim 2018	OCT	NOV	DIC	TOTAL Cuarto Trim 2018	TOTAL ANUAL	%
Infecciones Asociadas a la Atención en Salud-IAAS									
Neumonía asociada a Ventilador Mecánico (en varios escenarios)	6	17	11	4	4	1	9	43	20
Infección de Herida Operatoria asociada a Parto por Cesarea (en Gineco Obstetricia)	8	8	9	5	3	2	10	35	17
Infección del Tracto Urinario asociada a Cateter Urinario Permanente (en varios escenarios)	1	2	2	1	2	1	4	9	5
Infección del Torrente Sanguíneo asociada a Cateter Venoso Central		1	5					6	3
Endometritis asociada a Parto Vaginal		1	1					2	1
sub Total IAAS	15	29	28	10	9	4	23	95	45
Otros Eventos Adversos Reportados									
Caida de pacientes (en varios escenarios)	4	7	5	1	4	1	6	22	10
Fuga de pacientes (en varios escenarios)		2	2	3		2	5	9	4
Retiro de TET (en UCI Pediatrica)		1						1	0.5
Flebitis por Venoclisis (en el CENEX ; en UCI Neonatología)		2						2	1
Paro cardiopulmonar (en Centro Quirurgico de Emergencia)	1							1	0.5
sub Total Otras EVAS	5	12	7	4	4	3	11	35	17
UCI Adultos									
Ulceras por Presion (Estadio I)	7	8	3	4			4	22	10
Ulceras por Presion (Estadio II)	5	9	9	4		7	11	34	16
Ulceras por presion con tejido necrotico						3	3	3	1.4
Extubacion frustra	1	1						2	1
Flictena en region sacra y talon.				1	1		2	2	1
Flebitis quimica por administracion de medicament				1			1	1	0.5
Esfacelacion de la mano	1							1	0.5
Hematoma de hemicuerpo	1							1	0.5
Obstruccion de TOT	2	2						4	2
Extubacion complicada	1							1	0.5
Autoretiro de cateter venoso central			1					1	0.5
Migracion de TOT	4	2	2					8	4
Sub total EVAs UCI Adultos	22	22	15	10	1	10	21	80	38
Total de eventos adversos notificados	42	63	50	24	14	17	55	210	100


En el cuadro N° 24, se observa que en el 2018 se han reportado 210 eventos adversos asociados a la atención de salud. la mayor proporción de notificaciones son las relacionadas a las Infecciones asociadas a la atención en salud con 45% seguida de los eventos reportados en UCI Adultos con 38% y otros eventos adversos con 17%.

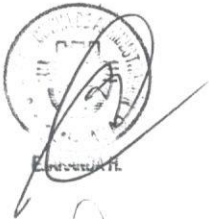


M.G. CANCINO H.



J. BRICENO V.

	PLAN	PLAN OGC-001
	Plan Anual de Gestión de la Calidad en Salud - 2019 Hospital Nacional "Daniel Alcides Carrión"	Edición N.º 008 Página 40 de 60



El mayor número de eventos adversos reportados han sido las neumonías asociadas a ventilador mecánico (43 casos), seguido de la Infección de herida operatoria por cesárea (35 casos), Úlceras por presión Estadio II (34 casos) y Caída de pacientes (22 casos).

En el año 2018 se realizaron 02 informes de análisis causa raíz (Informes N° 041 y 186-2018-HNDAC/OGC) y el informe del análisis de 06 caídas que fueron considerados como eventos adversos leves.

d) Rondas de Seguridad del Paciente en Servicios Priorizados:

En el 2018 se realizaron 08 Rondas de Seguridad del Paciente en los servicios priorizados (88.88% 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.

6.3 ANÁLISIS FODA-OGC DEL HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN

Las Estrategias 2019, 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° 25

FODA para la Formulación de las Estrategias del Plan de Calidad HNDAC 2019

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 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 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


[Handwritten signature]



COMITÉ EJECUTIVO DE PLANEAMIENTO ESTRATÉGICO H.N.D.A.C. REGION CALLAO
M.G. CANCINO H.



DIRECTOR GENERAL DE GESTIÓN CLÍNICA H.N.D.A.C. REGION CALLAO
J. BRICENO V.

	PLAN	PLAN OGC-001
	Plan Anual de Gestión de la Calidad en Salud - 2019 Hospital Nacional "Daniel Alcides Carrión"	Edición N.º 008
		Página 42 de 60

6.4 ESTRATEGIAS

- 6.4.1 Compromiso institucional en la implementación del Sistema de Gestión de Calidad en Salud.
- 6.4.2 Priorización del proceso de Autoevaluación/Acreditación como una de los lineamientos de la Política Institucional.
- 6.4.3 Fortalecimiento del sistema de medición y análisis de la satisfacción del usuario externo y tiempo de espera.
- 6.4.4 Gestión y formación de una cultura del buen trato en salud.
- 6.4.5 Fortalecimiento del Monitoreo y evaluación de los indicadores de calidad.
- 6.4.6 Priorización en la planificación y desarrollo de la auditoría de calidad en salud.
- 6.4.7 Fortalecimiento en la gestión de riesgo clínico proactivo en la atención de salud
- 6.4.8 Fortalecimiento en la gestión de riesgo clínico reactivo en la atención de salud.
- 6.4.9 Recuperación y extensión de capacidades y competencias para el desarrollo de proyectos de mejora continua de la calidad.



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.

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



	PLAN	PLAN OGC-001
	Plan Anual de Gestión de la Calidad en Salud - 2019 Hospital Nacional "Daniel Alcides Carrión"	Edición N.º 008
		Página 43 de 60

- 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 centinela.
- O.E.9 Promover e 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.

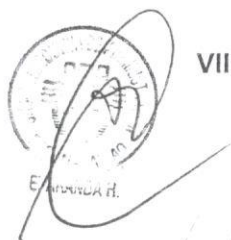
- a) Elaborar y aprobar el Plan de Gestión de la Calidad 2019
- b) Difundir y socializar el Plan de Gestión de la Calidad 2019
- c) Monitorear el cumplimiento del Plan de Gestión de la Calidad 2019
- d) Fortalecer las competencias del personal de la institución en Gestión de la Calidad
- e) Difundir 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 2019 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.



	PLAN	PLAN OGC-001
	Plan Anual de Gestión de la Calidad en Salud - 2019 Hospital Nacional "Daniel Alcides Carrión"	Edición N.º 008
		Página 44 de 60

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) Promover la cultura de humanización en la atención de los pacientes, mediante la difusión y práctica de la misma.
- e) Fortalecer el Sistema de información, orientación y absolución de 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 Auditoría de la Calidad en Salud 2019.
- b) Continuar con la Implementación de la Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud Versión 02.
- c) Realizar mediciones del cumplimiento del MAPRO de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud, aprobado con RD N°527-2017 HNDAC-DG.
- d) Realizar Auditorías de la Calidad en Salud.
- e) Realizar Auditorías de Gestión Clínica
- f) Efectuar el seguimiento del cumplimiento de las Recomendaciones de las Auditorías



	PLAN	PLAN OGC-001
	Plan Anual de Gestión de la Calidad en Salud - 2019 Hospital Nacional "Daniel Alcides Carrión"	Edición N.º 008
		Página 45 de 60

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 2019.
- 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 LVSC
- g) Evaluar la adecuada aplicación de la LVSC en los Centros Quirúrgicos



E. MANUEL H.

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



J. BRICEÑO V.




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

- a) Brindar apoyo técnico para la elaboración de Planes o Proyectos de Mejora en base a identificación de puntos críticos o resultados de mediciones.
- b) Conformar los equipos de mejora continua de la calidad (EMCC) para la elaboración de proyectos de mejora continua (PMCC) en seguridad del paciente.
- c) Capacitar al personal de la institución en la elaboración de proyectos de mejora continua.
- d) Capacitar a los círculos de calidad en el uso de las herramientas de calidad para la mejora continua.



M.G. CANCINO H.



	PLAN	PLAN OGC-001
	Plan Anual de Gestión de la Calidad en Salud - 2019 Hospital Nacional "Daniel Alcides Carrión"	Edición N.º 008 Página 46 de 60

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 auditorías 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.

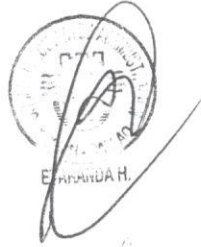
X. PERIODO DE VIGENCIA

Año 2019

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 Auditoría 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 2019 del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión.





PLAN

PLAN OGC-001

Plan Anual de Gestión de la Calidad en Salud - 2019 Hospital Nacional "Daniel Alcides Carrión"

Edición N.º 008

Página 47 de 60

PRESUPUESTO DEL PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD-2019 HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN

Nº	CANTIDAD	UNIDAD	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO	SUB TOTAL	TOTAL PARCIAL
I. BIENES						S/. 7,803.00
I.1 Útiles de escritorio						
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	Pizàrra 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 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	
I.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/. 19,965.00
1	41	Unidades	Anillados	5.00	205.00	
2	11,500	Unidades	Copias de los informes de auditoria 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	5,300.00	5,300.00	
5	2	Unidades	Trabajo de campo de la Encuesta de Satisfacción del Usuario Externo (SERQUAL Modificado) 2019	5,300.00	10,600.00	
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/. 31,968.00

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 2019.




J. BRICEÑO V.



M.G. CANCINO H.



	PLAN	PLAN OGC-001
	Plan Anual de Gestión de la Calidad en Salud - 2019 Hospital Nacional "Daniel Alcides Carrión"	Edición N.º 008
		Página 49 de 60

PLAN ANUAL DE GESTION DE LA CALIDAD EN SALUD-2019
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			FACTOR DE CONCENTRACIÓN	DEFINICIÓN OPERACIONAL	CRITERIOS DE PROGRAMACIÓN												RESPONSABLES		
	OBJETIVO ESPECÍFICO	ACTIVIDADES	UNID. DE MEDIDA			FUENTE/VERIFICACIÓN	REGISTR.	CRONOGRAMA												
								ENER.	FEBR.	MARZ.	ABR.	MAY.	JUN.	JUL.	AGO.	SET.	OCT.		NOV.	DIC.
	Desarrollar acciones de sostenibilidad del proceso de acreditación hospitalaria	Plan de Acreditación 2019	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 2018	Documento físico. Actas. Reuniones												1		COMITÉ HOSPITALARIO DE ACREDITACIÓN, OGC	
		Plan de acciones de mejora 2019	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 2017.	Documento físico y RD que aprueba el Plan						1								COMITÉ HOSPITALARIO DE ACREDITACIÓN OGC	
		Informe	1	Documento mediante el cual se informa del monitoreo de la mejora de los macroprocesos priorizados	Documento físico												1		COMITÉ DE ACREDITACIÓN OGC	
	Desarrollar el proceso de autoevaluación y mejoramiento de los estándares para la acreditación hospitalaria.	Resolución Directoral del equipo de evaluadores institucionales 2019	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 2019	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 2019	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 2018	Documento físico del resultado del proceso de autoevaluación													1	COMITÉ DE AUTOEVALUACIÓN OGC	
	Liderar el proceso de Autoevaluación 2019 para la acreditación																			



	PLAN	PLAN OGC-001
	Plan Anual de Gestión de la Calidad en Salud - 2019 Hospital Nacional "Daniel Alcides Carrión"	Edición N.º 008
		Página 50 de 60

PLAN ANUAL DE GESTION DE LA CALIDAD EN SALUD-2019
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			FACTOR DE CONCENTRACIÓN	DEFINICIÓN OPERACIONAL	CRITERIOS DE PROGRAMACIÓN												RESPONSABLE			
	OBJETIVO ESPECÍFICO	ACTIVIDADES	UNID. DE MEDIDA			FUENTE/VERIFICACIÓN	REGISTR.	CRONOGRAMA													
								ENER	FEBR	MARZ	ABR.	MAY.	JUN.	JUL.	AGOS	SET.	OCT.		NOV.	DIC.	
	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	Plan de estudio de Tiempos y movimientos	1	Documento físico y RD que lo aprueba.				1											OGC-UNIDAD DE APOYO		
		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.	Mediciones/Informes	2	Metodología para establecer los estándares de tiempo en las rutas seleccionadas de los procesos de atención en consulta externa y/o emergencia	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)														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.															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		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, reclamos 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
	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	




	PLAN	PLAN OGC-001
	Plan Anual de Gestión de la Calidad en Salud - 2019 Hospital Nacional "Daniel Alcides Carrión"	Edición N.º 008
		Página 51 de 60

PLAN ANUAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD-2019
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

UNIDAD ORGÁNICA	OBJETIVO ESPECÍFICO	DENOMINACIÓN			CRITERIOS DE PROGRAMACIÓN												RESPONSABLE								
		ACTIVIDADES	UNID. DE MEDIDA	FACTOR DE CONCENTRACIÓN	DEFINICIÓN OPERACIONAL	FUENTE VERIFICACIÓN	REGISTR.	CRONOGRAMA																	
								ENER	FEBR	MARZ	ABR	MAY	JUN	JUL	AGOS	SET		OCT	NOV	DIC					
 J. BRICEÑO V.	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	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
		Promover la cultura de humanización en la atención de los pacientes, mediante la difusión y práctica de la misma.	Informe	2	Conjunto de actividades que promueven el conocimiento y las competencias en buen trato en salud	Tripticos, videos, reuniones. Acta										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 evaluar la atención de los reclamos y la calidad de registro	Reuniones. Visitas inopinadas. Acta										1								1	PAUS OGC
 M.G. CANCINO H.	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	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	OGC-UNIDAD DE APOYO	

	PLAN	PLAN OGC-001
	Plan Anual de Gestión de la Calidad en Salud - 2019 Hospital Nacional "Daniel Alcides Carrión"	Edición N.º 008
		Página 53 de 60

PLAN ANUAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD-2019
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												RESPONSABLE								
	OBJETIVO ESPECÍFICO	ACTIVIDADES	UNID. DE MEDIDA	FACTOR DE CONCENTRACIÓN	DEFINICIÓN OPERACIONAL	FUENTE/ VERIFICACIÓN REGISTR.	CRONOGRAMA																	
							ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET		OCT	NOV	DIC.					
7	Estandarizar y documentar la adherencia a las prácticas seguras en la atención del paciente	Elaborar el Plan Anual de Seguridad del Paciente 2019	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	
		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	9	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 implementación 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											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	





PLAN

PLAN OGC-001

Plan Anual de Gestión de la Calidad en Salud - 2019 Hospital Nacional "Daniel Alcides Carrión"

Edición N.º 008

Página 56 de 60

XIII.

ANEXOS

DEL PLAN ANUAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD-2019

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-2019 HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN

N°	CANTIDAD	UNIDAD	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO	SUB TOTAL	TOTAL PARCIAL
I. BIENES						S/. 3,608.00
I.1 Útiles 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 estándar	1.50	36.00	
5	06	Unidades	Cuadernillo 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 ítem material de escritorio está incluido los materiales que se utilizarán en las actividades de los Equipos de Apoyo Técnico y las capacitaciones programados por este equipo durante el año 2019.



E. APARUA H.



J. BANCERO



M.G. CANCINO H.



ASESORIA JURIDICA

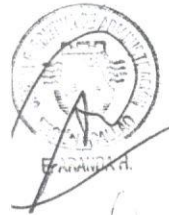


ANEXO N° 2:

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	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO	SUB TOTAL	TOTAL
I. BIENES						S/. 764.00
I.1 Útiles 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



J. BRICEÑO V.



M.G. CANCINO H.





PLAN

PLAN OGC-001

Plan Anual de Gestión de la Calidad en Salud - 2019
Hospital Nacional "Daniel Alcides Carrión"

Edición N.º 008

Página 58 de 60

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 -2019
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/. 5,310.00
2	02	Unidades	Anillados	5.00	10.00	
1	1	Unidad	Trabajo de campo de la Medición de Tiempos y Movimientos - 2019	5,300.00	5,300.00	
TOTAL GENERAL						S/. 5,327.50

PRESUPUES PARA REALIZAR EL TRABAJO DE CAMPO DEL PLAN PARA LA MEDICION
DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO EXTERNO (SERVQUAL MODIFICADO) - 2019 - 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/. 11,010.0
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) 2019	5,300.00	10,600.00	
TOTAL GENERAL						S/. 11,033.50





PLAN

PLAN OGC-001

Plan Anual de Gestión de la Calidad en Salud - 2019
Hospital Nacional "Daniel Alcides Carrión"

Edición N.º 008

Página 59 de 60

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 -2019
HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN

N°	CANTIDAD	UNIDAD	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO	SUB TOTAL	TOTAL
I. BIENES						S/. 1,117.00
I.1 Útiles 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 acrílica 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 auditoría de calidad, médica, de registro clínico y otros informes	0.10	350.00	
III. ACTIVO FIJO						S/. 3,600.00
1	01	Unidad	Equipo de cómputo con CPU, monitor LCD, estabilizador y lectora	3,600	3,600	
TOTAL GENERAL						S/. 5,097.00



J. BRICEÑO V.



M.G. CANCINO H.



**PLAN**

PLAN OGC-001

**Plan Anual de Gestión de la Calidad en Salud - 2019
Hospital Nacional "Daniel Alcides Carrión"**

Edición N.º 008

Página 60 de 60

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-2019
Y ACTIVIDADES DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD
HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN**

N°	CANTIDAD	UNIDAD	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO	SUB TOTAL	TOTAL
I. BIENES						S/. 2,273.00
I.1 Útiles 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

