



11 ABR 2024

RECEPCION

Hora:..... Folio:.....

Firma:.....

Resolución Directoral

Callao, 10 de Abril de 2024



VISTO:

El Informe N° 032-2024-HNDAC-OGC, de fecha 28 de febrero de 2024, emitido por la Oficina de Gestión de la Calidad en Salud, con el Informe N° 028-2024-HNDAC/OEPE-EPGI, fecha 14 de marzo de 2024, emitido por el Equipo de Planes y Gestión Institucional, con Memorando N° 352-HNDAC/OEPE, de fecha 22 de marzo de 2024, emitido por la Oficina de Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, y el Informe N° 329-2024-OAJ-HNDAC, de fecha 25 de marzo de 2024, emitido por la Oficina de Asesoría Jurídica, y;



CONSIDERANDO:

Que, el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, es un Hospital Nacional Categoría III-1 perteneciente a la Región Callao, que brinda atención de salud con la finalidad de recuperar la confianza y satisfacción de los pacientes mejorando la calidad de vida con eficiencia y calidad, contando con un equipo humano calificado que desarrolla actividades de docencia e investigación;



Que, el Titular de la Entidad es la máxima autoridad ejecutiva, de conformidad con las normas de organización interna de la Entidad. Es decir, el Titular de la Entidad es el funcionario al que las normas de organización interna de una Entidad señalen como la más alta autoridad ejecutiva de dicha Entidad. Dicho funcionario tendrá a su cargo el ejercicio de las funciones previstas en la Ley y su Reglamento para la aprobación, autorización y supervisión de los procesos de contratación pública que la Entidad lleve a cabo;

Que, el numeral VI del Título Preliminar de la Ley N°26842, Ley General de Salud y modificatorias, señala que es de interés público la provisión de servicios de salud, cualquiera sea la persona o institución que los provea. Es responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad.

Que, mediante Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, de fecha 30 de mayo del 2006, se aprueba el Documento Técnico: Sistema de Gestión de la Calidad, que establece los principios, normas, metodología y procesos para implementación del Sistema de Gestión de la Calidad, parte importante de sus componentes, cuya metodología implica el desarrollo de un proceso permanente de acciones, programas y proyectos de mejora continua, a partir de la aplicación de los instrumentos de garantía de la calidad, a fin de cerrar brechas existentes, desarrollar niveles de mayor competitividad y encaminarse a constituir una organización de excelencia.



Que, por Resolución Ministerial N° 090-2022/MINSA, se aprueba la Directiva Administrativa N° 326-MINSA/OGPPM -2022, "Directiva Administrativa para la formulación, seguimiento y evaluación de los planes específicos en el Ministerio de Salud"; la cual tiene por finalidad contribuir al logro de los objetivos institucionales y sectoriales mediante la estandarización de Planes Específicos en el Ministerio de Salud (MINSA) que se orienten a lograr la operatividad de la intervenciones sanitarias y administrativas relevante.

Que, mediante Informe N° 032-2024-HNDAC-OGC, la Oficina de Gestión de Calidad en Salud, presenta el Plan Anual de Gestión de la Calidad en Salud -2024, documento que debe ser aprobado, emitirse la Resolución Directoral y proceder a su publicación;

Que, mediante Informe N° 028-2024-HNDAC/OEPE-EPGI, el Equipo de Planes y Gestión Institucional - OEPE del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, concluye que revisada la propuesta del Plan de Anual de la Gestión de la Calidad en Salud - 2024 HNDAC, cumple con la normatividad vigente y requiere contar con el documento de disponibilidad presupuestal por el importe de S/ 40,780.00; por lo que se recomienda que se derive al Equipo de Presupuesto y Costos para la respectiva opinión de disponibilidad presupuestal;

Que, con Memorando N° 352-2024-HNDAC/OEPE, La Oficina de Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, emite opinión técnico favorable, para la procedencia en la aprobación de la propuesta del Plan de Anual de la Gestión de la Calidad en Salud - 2024 del Hospital Nacional "Daniel Alcides Carrión", en virtud a que cumple con la normatividad vigente en cuanto a la elaboración de planes y cuenta con marco presupuestal para la adquisición de bienes y servicios por el importe S/ 40,780.00;

Que, a través del Informe N° 329-2024-HNDAC-OAJ, la Oficina de Asesoría Jurídica, concluye que es viable que se apruebe el Plan de Anual de la Gestión de la Calidad en Salud - 2024 del Hospital Nacional "Daniel Alcides Carrión", considerando que el citado plan tiene como objeto general la mejora de la calidad de atención de salud y satisfacción de los usuarios internos y externos;

De conformidad con el Reglamento de Organización de Funciones del HNDAC, aprobado por Ordenanza Regional N° 000006 del Gobierno Regional Callao, el cual delegan las facultades conferidas a la Directora General, conforme a los literales c) y j) del Artículo 8°, y, en uso de las atribuciones conferidas en la Resolución Regional 004-2023, de fecha 19 de enero de 2023, y con el Visto Bueno de la Oficina Ejecutiva de Administración, la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico y la Oficina de Asesoría Jurídica;

SE RESUELVE:


ARTÍCULO 1°.- APROBAR el Plan de Anual de la Gestión de la Calidad en Salud- 2024 del Hospital Nacional "Daniel Alcides Carrión", PLAN OGC-001, Edición N° 13, que en documento se adjunta con el contenido de Sesenta y tres (63) folios, y que forma parte integrante de la presente Resolución.

ARTÍCULO 2°.- NOTIFICAR la presente Resolución Directoral a las Oficinas y Departamentos para fines pertinentes.


ARTÍCULO 3°.- PUBLICAR la presente Resolución en el Portal Institucional del Hospital Nacional "Daniel Alcides Carrión" (www.hndac.gob.pe).

Regístrese. Comuníquese y Archívese


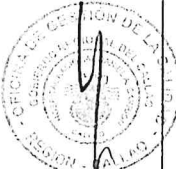






GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO
HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN
Dra. ELENA DEL ROSARIO FIGUEROA COZ
Directora General
C.M.P. 22423 R.N.E. 12837


GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO
HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN
CERTIFICO que el presente es copia fiel del original
10 ABR 2024
Wilfredo Fredy Octavio Salas
FEDEATARIO




	PLAN	PLAN OGC-001
	Plan Anual de Gestión de la Calidad en Salud - 2024 Hospital Nacional "Daniel Alcides Carrión"	Edición N° 13
		Página 1 de 63

PLAN ANUAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD 2024 HOSPITAL NACIONAL "DANIEL ALCIDES CARRIÓN"

 E. FIGUEROA C.	Elaborado por	OGC : MC. ALBERTO SANTIAGO ZAPATA HERRERA MC. CÉSAR MOSTACERO CASTILLO LIC. ROSA ELENA ARROYO ALFARO LIC. ROSA ELENA RIOS CONTRERAS
 	Revisado por	DAGC : MC. JORGE GIOVANNY BURGOS MIRANDA OAJ : ABOG. VÍCTOR RAFAEL VALQUI CHUQUIZUTA OEPE : ING. CÉSAR AUGUSTO TAPIA GIL OEA : LIC. BALTAZAR CACHAY VILCA
 ING. TAPIA G.	Aprobado por	DG : MC. ELENA DEL ROSARIO FIGUEROA COZ
  	Resolución Directoral N° 165-2024 HNDAC - DG	Fecha: 10. ABRIL. 2024

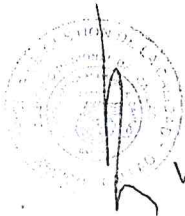

 GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO
 HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN
 CERTIFICADO: este documento es copia fiel del original.
10 ABR 2024


 Wilfredo Freddy Ochoa Salas
 FEDATARIO

	PLAN	PLAN OGC-001
	Plan Anual de Gestión de la Calidad en Salud - 2024 Hospital Nacional "Daniel Alcides Carrión"	Edición N° 13
		Página 2 de 63

ÍNDICE

Contenido	Página
I. INTRODUCCIÓN	3
II. FINALIDAD	3
III. OBJETIVOS	45
3.1 Objetivo General	45
3.2 Objetivos Específicos	45
IV. AMBITO DE APLICACIÓN	
V. BASE LEGAL	4
VI. GENERALIDADES	6
6.1 Principios y Valores Institucionales	6
6.2 Principios del Sistema de Gestión de la Calidad de Salud	7
6.3 Visión y Misión	7
6.4 Soporte político normativo del Plan Estratégico Gobierno Regional del Callao 2019-2026 y Política Nacional de Calidad en Salud	7
VII. CONTENIDO	12
7.1 Situación actual del sistema de gestión en la calidad en el HNDAC	12
7.2 Organización del Sistema de Gestión de la Calidad (SGCS) en el HNDAC	13
7.3 Actividades 2023 por Línea Estratégica del Sistema de Gestión de la Calidad en el HNDAC	17
7.4 Análisis FODA- OGC del Hospital Nacional Daniel A. Carrión	43
7.5 Estrategias	44
7.6 Criterios de Programación	44
VIII. ACTIVIDADES	46
IX. MONITOREO Y EVALUACIÓN	48
X. PERIODO DE VIGENCIA	49
XI. PRESUPUESTO	49
XII. RESPONSABLES DE LA ELABORACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN	51
XIII. CUADRO DE ACTIVIDADES Y ATRIBUTOS	52
XIV. ANEXOS	59



	PLAN	PLAN OGC-001
	Plan Anual de Gestión de la Calidad en Salud - 2024 Hospital Nacional "Daniel Alcides Carrión"	Edición N° 13
		Página 3 de 63

PLAN ANUAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD – 2024
HOSPITAL NACIONAL "DANIEL ALCIDES CARRIÓN"

I. INTRODUCCIÓN

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; por ello el Hospital Nacional "Daniel Alcides Carrión" en el marco del proceso de descentralización y las políticas de salud, vienen estableciendo e implementando 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 el cual fue actualizado en el 2006. Del mismo modo, en el año 2007 se aprueba el Plan Nacional Concertado de Salud, que en el Quinto Lineamiento de Política señala "Mejoramiento progresivo del acceso a los servicios de salud de calidad". Asimismo, 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 garantiza a la población de la provisión de un conjunto de atenciones sobre las cuales se otorgan garantías explícitas de calidad y oportunidad. Igualmente, en ese mismo año se promulga la Ley N° 29414, que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud, los que pueden ser considerados como atributos de la calidad.



En ese sentido, la Oficina de Gestión de la Calidad como órgano asesor del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, viene desarrollando de manera sistemática un conjunto de actividades que orientan y promueven una mejora continua en la calidad de atención en salud, debidamente planificadas en ejes de trabajo priorizados, como son la Auditoría de la Calidad de Atención en Salud, la Autoevaluación como primera fase de la Acreditación en Salud, la Seguridad del Paciente y Gestión de Riesgos, la Información para la toma de decisiones y mejora de la calidad de la atención como son el estudio de satisfacción del usuario externo, reclamos, tiempo de espera e indicadores de calidad.



Por ello basados en la visión, misión, políticas y objetivos estratégicos institucionales presentamos el Plan de Gestión de la Calidad en Salud 2024, el cual define las estrategias y actividades a implementar que contribuyan a una mejora en la calidad de la atención en salud, promoviendo el desarrollo de una cultura de calidad y seguridad de la atención, sensible a las necesidades y expectativas de los usuarios internos y externos.




II. FINALIDAD

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




GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO
HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN
 CERTIFICADO que el presente es copia fiel del original.
10 ABR 2024
Wilfredo Freay Ochoa Salas
FEDATARIO

	PLAN	PLAN OGC-001
	Plan Anual de Gestión de la Calidad en Salud - 2024 Hospital Nacional "Daniel Alcides Carrión"	Edición N° 13
		Página 4 de 63

III. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL:

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.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS


- O.E.1 Desarrollar el Sistema de Gestión de la Calidad 2024 en el HNDAC y determinar en qué medida se está cumpliendo las metas de calidad contenidos en el Plan anual de Gestión de la Calidad 2023 del HNDAC
- O.E.2 Desarrollar el proceso de autoevaluación y mejoramiento de los estándares para la acreditación hospitalaria, e implementar el monitoreo y evaluación de los Indicadores de Calidad
- 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 y promover e implementar una cultura del buen trato en salud
- O.E.4 Contribuir mediante la Auditoría a mejorar la calidad de la atención en salud.
- O.E.5 Mejorar y mantener las prácticas seguras en la atención del paciente, mediante el cumplimiento de la higiene de manos y la aplicación de la lista de verificación de seguridad de la cirugía.
- O.E.6 Mejorar y mantener las prácticas seguras en la atención del paciente, mediante el cumplimiento de la higiene de manos.
- O.E.7 Aplicar y evaluar la Lista de verificación de la Seguridad de la Cirugía en Centros Quirúrgicos de los establecimientos de salud que realicen intervenciones quirúrgicas.
- O.E.8 Disponer de un sistema gestión de riesgos en los servicios priorizados a través del registro y análisis periódico de incidentes y eventos adversos
- O.E.9 Recuperar y ampliar competencias para desarrollar acciones de mejora y/o proyectos de mejora continua de la calidad.



IV. ÁMBITO DE APLICACIÓN

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




	PLAN	PLAN OGC-001
	Plan Anual de Gestión de la Calidad en Salud - 2024 Hospital Nacional "Daniel Alcides Carrión"	Edición N° 13
		Página 5 de 63

V. BASE LEGAL


- Ley N° 26842, Ley General de Salud.
- Ley N° 30947, "Ley de Salud Mental" y Decreto Supremo N° 007 que aprueba su Reglamento.
- 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° 002-2019-SA, aprueba el Reglamento para la Gestión de Aprueban Reglamento para la Gestión de Reclamos y Denuncias de los Usuarios de las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud - IAFAS, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPRESS y Unidades de Gestión de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - 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° 270-2009/MINSA, aprueba la Guía Técnica del Evaluador para la acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo", como guía de referencia nacional de aplicación en los establecimientos de salud públicos y privados del sector que pertenecen a los niveles I, II y la categoría III-1 en el ámbito nacional incluyendo a los servicios prestados por terceros.
- Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, aprueba el Documento Técnico "Política Nacional de Calidad en Salud".
- Resolución Ministerial N° 308-2010/MINSA, aprueba la "Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía".
- 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, aprueba el Documento Técnico: Metodología para el estudio del Clima Organizacional. V 02.
- Resolución Ministerial N° 527-2011/MINSA, 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, aprueba la Guía Técnica para la elaboración de Proyectos de Mejora y la aplicación de Técnicas y herramientas para la Gestión de la Calidad.



	PLAN	PLAN OGC-001
	Plan Anual de Gestión de la Calidad en Salud - 2024 Hospital Nacional "Daniel Alcides Carrión"	Edición N° 13
		Página 6 de 63

- Resolución Ministerial N° 168-2015/MINSA, aprueba el Documento Técnico "Lineamientos para la vigilancia, prevención y control de las infecciones asociadas a la atención en salud".
- Resolución Ministerial N° 302-2015/MINSA, aprueba la Norma Técnica de Salud para la elaboración y uso de las Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud".
- Resolución Ministerial N° 414-2015/MINSA, aprueba el Documento Técnico: Metodología para la elaboración de Guías de Práctica Clínica.
- Resolución Ministerial 826-2021/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, 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° 945-2017/MINSA, crea la Unidad Funcional de Gestión de la Calidad en Salud, dependiente del Viceministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud.
- Resolución Ministerial N° 214-2018-MINSA 2018, aprueba la NTS N° 139-/DGAIN "Norma Técnica de Salud de Gestión de la Historia Clínica".
- Resolución Ministerial N° 163-2020/MINSA, aprueba la Directiva Sanitaria N° 92-MINSA/2020/DGAIN "Directiva Sanitaria de Rondas de Seguridad del Paciente para la gestión del riesgo en la atención de salud".
- Resolución Ministerial N° 104-2021/MINSA, aprueba "Directiva Administrativa que regula los aspectos metodológicos para la evaluación del cumplimiento de los indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios en salud, alcanzados en el año 2020, para la entrega económica establecida en el artículo 15 del Decreto Legislativo N° 1153".
- Resolución Ministerial N° 1042-2022/MINSA, aprueba la Directiva Administrativa N° 338-MINSA/2022/DGOS "Directiva Administrativa que regula los aspectos metodológicos para la evaluación del cumplimiento de los indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios alcanzados en el año 2022, para la entrega económica establecida en el artículo 15 del Decreto Legislativo N° 1153".
- Resolución Ejecutiva Regional N° 070, aprueba el Plan Estratégico Regional 2019-2026.
- Resolución Ministerial 7226-2021/MINSA, aprueba el documento normativo: Directiva N° 003-2022-GRC/DIRESA/DG-OEPE-V.02, "Directiva para la Elaboración de Documentos Normativos de la Dirección Regional de Salud del Callao" V.02



	PLAN	PLAN OGC-001
	Plan Anual de Gestión de la Calidad en Salud - 2024 Hospital Nacional "Daniel Alcides Carrión"	Edición N° 13
		Página 7 de 63

VI. GENERALIDADES

5.1 PRINCIPIOS Y VALORES INSTITUCIONALES

CUADRO 1




PRINCIPIOS
Respeto a la Vida, Dignidad Humana y Cultura de Paz
Equidad y Solidaridad
Calidad y Calidez en la Atención
Compromiso Social
Eficacia y Proactividad
Transparencia y Eficiencia
Trabajo en Equipo
Comunicación Efectiva y Asertiva
Enfoque al Usuario
VALORES
Responsabilidad
Honradez y Humildad
Ética y Moral
Pertenencia
Liderazgo
Innovación
Civismo
Orientación a Resultados

5.2 PRINCIPIOS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD

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



	PLAN	PLAN OGC-001
	Plan Anual de Gestión de la Calidad en Salud - 2024 Hospital Nacional "Daniel Alcides Carrión"	Edición N° 13
		Página 8 de 63

- **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.



5.3 MISIÓN Y VISIÓN

- **MISIÓN:** Ser reconocido como un Hospital de Alta Complejidad acreditado técnica y socialmente por sus servicios de salud, investigación y docencia, al que los pacientes elijan como mejor opción por trayectoria y prestigio.
- **VISIÓN:** Somos un Hospital Nacional Categoría III-1 perteneciente a la Región Callao, que brinda atención de salud con la finalidad de recuperar la confianza y satisfacción de nuestros pacientes mejorando la calidad de vida con eficiencia y calidad, contando con un equipo humano calificado que desarrolla actividades de docencia e investigación.

5.4 SOPORTE POLÍTICO NORMATIVO DEL PLAN ESTRATÉGICO GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO 2019-2026 Y POLÍTICA NACIONAL DE CALIDAD EN SALUD

5.4.1 LINEAMIENTOS DE POLÍTICA


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.



	PLAN	PLAN OGC-001
	Plan Anual de Gestión de la Calidad en Salud - 2024 Hospital Nacional "Daniel Alcides Carrión"	Edición N° 13
		Página 9 de 63

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 conservación y uso sostenible de la biodiversidad de ecosistemas, especies y recursos genéticos.

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.

5.4.2 ACCIONES ESTRATÉGICAS INSTITUCIONALES DEL PLAN ESTRATÉGICO GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO 2019-2026



	PLAN	PLAN OGC-001
	Plan Anual de Gestión de la Calidad en Salud - 2024 Hospital Nacional "Daniel Alcides Carrión"	Edición N° 13
		Página 10 de 63

CUADRO 2: OEI.02 GARANTIZAR LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LOS SERVICIOS DE SALUD LA POBLACIÓN

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	INDICADORES	METAS AL 2024
AEI. 02.01	Atención integral para reducir la morbimortalidad materno neonatal	Porcentaje de gestante en los últimos nacimientos en los 5 años antes de la encuesta recibieron 6 o más controles prenatales	75.50%
AEI. 02.02	Atención integral para reducir la desnutrición crónica de niños y niñas menores de cinco años	Porcentaje de niños y niñas de 6 a menos de 36 meses de edad con prevalencia de anemia	5.00%
		Porcentaje de niños y niñas Menores de 5 años con desnutrición crónica	1.16%
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	7.97%
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	34.326%
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	60.08%
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	95.45%
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	79.19%
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	33.93%




GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO
HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN
 CERTIFICO que el presente es copia fiel del original
10 ABR 2024
 Wilfredo Freddy Ochoa Salas
 FEDATARIO

5.4.3 POLÍTICA 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 **mejorar la calidad de la atención en las organizaciones proveedoras de servicios de salud; estableciendo objetivos y estrategias:**

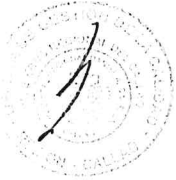
CUADRO 3


POLITICA NACIONAL DE CALIDAD EN SALUD (RM N° 727-2009/MINSA)

10 ABR 2024
Wilfredo Fredy Ochoa Salas
FEDATARIO

POLITICA	OBJETIVO	ESTRATEGIAS
SEXTA: LAS ORGANIZACIONES PROVEEDORAS DE ATENCION DE SALUD, ESTABLECEN Y DIRIGEN LAS ESTRATEGIAS DE IMPLEMENTACIÓN DE LA POLÍTICA NACIONAL DE CALIDAD, MEDIANTE SISTEMAS Y PROCESOS ORGANIZACIONALES ORIENTADOS AL DESARROLLO DE UNA CULTURA CENTRADA EN LAS PERSONAS Y QUE HACE DE LA MEJORA CONTINUA SU TAREA CENTRAL.	GARANTIZAR LA ADECUADA IMPLEMENTACIÓN DE LAS POLÍTICAS DE CALIDAD	IMPLEMENTACIÓN DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD.
SEPTIMA: LAS ORGANIZACIONES PROVEEDORAS DE ATENCION DE SALUD ASUMEN COMO RESPONSABILIDAD QUE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD Y SERVICIOS MEDICOS DE APOYO BAJO SU ADMINISTRACION CUMPLAN LAS NORMAS Y ESTÁNDARES DE INFRAESTRUCTURA, EQUIPAMIENTO, DE APORVISIONAMIENTO DE INSUMOS, DE PROCESOS Y RESULTADOS DE ATENCIÓN; APROBADOS POR LA AUTORIDAD SANITARIA E IMPLEMENTEN ACCIONES DE MEJORA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN	MEJORAR LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD DE MANERA SISTEMÁTICA Y PERMANENTE	ACREDITACIÓN DE LOS ESTABLECIMIENTOS Y SERVICIOS MÉDICOS DE APOYO IMPLEMENTACIÓN DE PLANES, PROGRAMAS Y PROCESOS DE MEJORA DE LA CALIDAD DE LA 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, ASIMISMO, FOMENTEN 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.

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



	PLAN	PLAN OGC-001
	Plan Anual de Gestión de la Calidad en Salud - 2024 Hospital Nacional "Daniel Alcides Carrión"	Edición N° 13
		Página 12 de 63

5.4.4 POLÍTICAS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

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


CUADRO 4

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




GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO
HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN
 CERTIFICADO para el presente es copia del gal original

10 ABR 2024
 Wilfredo Fredy Ochoa Salas
 FEDATARIO

	PLAN	PLAN OGC-001
	Plan Anual de Gestión de la Calidad en Salud - 2024 Hospital Nacional "Daniel Alcides Carrión"	Edición N° 13
		Página 13 de 63

VII. CONTENIDO

6.1 SITUACIÓN ACTUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN EL HNDAC

El HNDAC no tiene población asignada para la programación de la atención de salud, porque 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.

Al término del año 2023, el HNDAC contaba con un promedio de 473 camas operativas 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, cirugías de emergencia y cirugía de día y una Sala de Operaciones de Oftalmología. Cuenta con 106 Consultorios Externos en las áreas de Medicina, Cirugía, Ginecología, Pediatría, Oncología, Medicina de Rehabilitación, Odontología, 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 2023 el número de atenciones ambulatorias registradas han sido de 383,547; Número de Atenciones Médicas por Emergencia 103,005; Número de egresos hospitalarios 15,231; Número de Intervenciones Quirúrgicas 6,474, Número de Recién nacidos vivos 2,783; Tasa de Cesáreas 42.12%; Rendimiento hora Médica 2.57%; Tiempo promedio de Hospitalización 9.30%; Porcentaje de ocupación de cama 82.4%; Tasa bruta de Mortalidad 3.6%; Razón de Emergencia por Consultas 0.26% y Porcentaje de Intervenciones Quirúrgicas suspendidas 9.00%



CUADRO 5. INDICADORES DE GESTION HOSPITALARIA – 2023

INDICADOR	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Número de atenciones ambulatorias	534,502	559,810	551,550	536,189	512,417	82,110	239,471	306,697	383,547
Número de atenciones por Emergencia	102,807	108,343	95,508	104,478	102,622	70,118	81,443	97,299	103,005
Número de Egresos hospitalarios	15,337	16,808	16,550	16,450	17,046	10,625	12,764	14,299	15,231
Número de intervenciones quirúrgicas	9,008	10,209	9,661	9,986	10,021	4,555	5,026	5,873	6,474
Número de recién nacidos vivos	3,983	3,868	4,265	4,040	3,729	3,154	3,252	3,292	2,783
Porcentaje de cesáreas	41.27	29.6	33.19	34.4	41.01	40.97	48.5	46	42.12
Rendimiento hora médico	3	3.4	3.43	3.41	3.23	1.63	1.66	2.35	2.57
Tiempo promedio de hospitalización	8.03	8	7.75	8.68	8.25	8.65	8.91	9.39	9.3
Porcentaje de ocupación de cama	80.4	82	78.2	85.8	76.16	87.42	90.7	86.5	82.4
Tasa bruta de mortalidad	3	4.2	3.6	3.4	3.1	4.96	4.7	3.8	3.6
Razón de Emergencia/Consulta externa	0.3	0.37	0.39	0.45	0.2	1.73	0.81	0.7	0.26
Porcentaje de Intervenciones Quirúrgicas suspendidas	11.6	9.42	10.97	7	9.18	9.77	10.69	8.86	9.00


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

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


6.2.1 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.


 GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO
 HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN
 CERTIFICO que el presente es copia fiel del original
10 ABR 2024
Wilfredo Fredy Ochoa Salas
 FEDATARIO



	PLAN	PLAN OGC-001
	Plan Anual de Gestión de la Calidad en Salud - 2024 Hospital Nacional "Daniel Alcides Carrión"	Edición N° 13
		Página 15 de 63

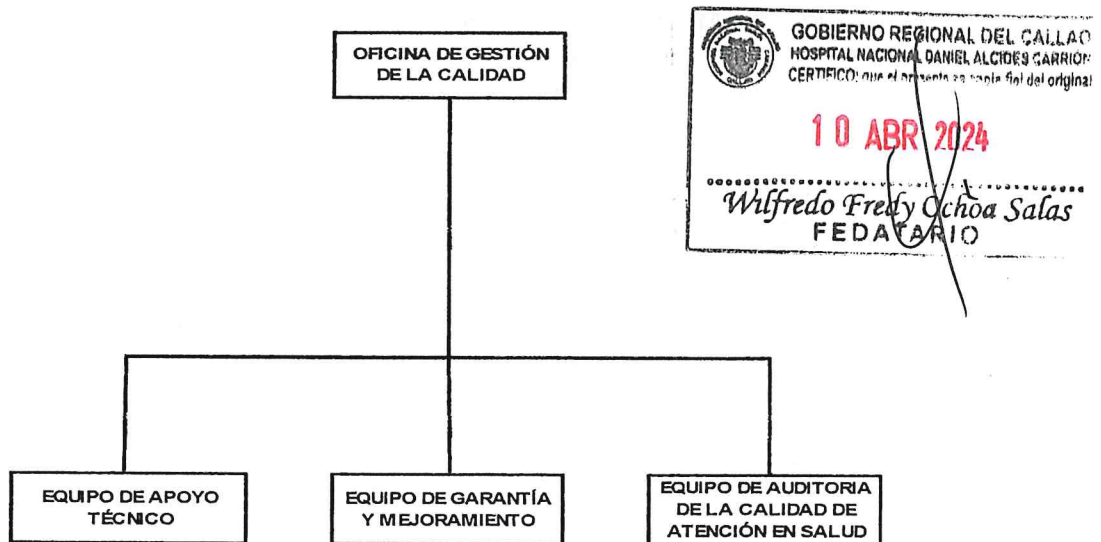
- Diseñar e implementar los sistemas de evaluación, mantenimiento y garantía de la calidad de atención; proponer mecanismos de mejora.
- Implementar y garantizar el desarrollo de los procesos de auto evaluación y acreditación de establecimiento y el sistema de auditoria de la calidad de atención en salud,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



b. Estructura Funcional:


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

FIGURA 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.



	PLAN	PLAN OGC-001
	Plan Anual de Gestión de la Calidad en Salud - 2024 Hospital Nacional "Daniel Alcides Carrión"	Edición N° 13
		Página 16 de 63

- 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 Auditoría de la Calidad de Atención en Salud:** Encargada de Elaborar e implementar el Plan de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud, realizar el seguimiento de las recomendaciones respecto a las Auditorías 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.

c. **Recursos Humanos:** En relación a los recursos humanos, la Oficina de Gestión de la Calidad del HNDAC, cuenta actualmente con 7 trabajadores a tiempo completo, involucrados directamente en las actividades de promoción y gestión de la calidad. Cabe resaltar que a la fecha de la elaboración del presente documento no se cuenta con médico auditor permanente que cumpla con las funciones del Equipo de Auditoría; sin embargo, participa un médico coordinador de Auditoría que trabajar en esta oficina a tiempo parcial, pues realiza labores asistenciales como jefe del Departamento de Atención Ambulatoria y Hospitalización. De igual manera se cuenta con los Comités de Auditoría Médica y de Auditoría en Salud, por lo que los integrantes de los Comités de Auditoría, 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. Se dispone de dos Equipos de Auditoría adscritos al Comité de Auditoría en Salud (Departamentos de Emergencia y Cuidados Críticos, Anestesiología, Medicina, Cirugía, Oncología, Ginecología y Obstetricia, Enfermería y Pediatría).


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 y mobiliario que a la fecha están deteriorados. En cuanto a los equipos de cómputo se le está pidiendo la reposición respectiva.



[Handwritten signature]





GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO
HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN
 CERTIFICO que el presente es copia fiel del original
10 ABR 2024
Wilfredo Freddy Ochoa Salas
 FEDATARIO

	PLAN	PLAN OGC-001
	Plan Anual de Gestión de la Calidad en Salud - 2024 Hospital Nacional "Daniel Alcides Carrión"	Edición N° 13
		Página 17 de 63

6.2.2 COMITÉS Y EQUIPOS DE TRABAJO RESPONSABLES DE LAS LÍNEAS ESTRATÉGICAS DE CALIDAD

- Comité de Seguridad del Paciente y Gestión de Riesgos (RD N° 155-2015-DG-HNDAC).
- Comité de Auditoría Médica (RD N° 342-2023-DG-HNDAC).
- Comité de Auditoría en Salud (RD N° 003-2017-DG-HNDAC).
- Comité de Acreditación (R.D. N° 155-2021-DG-HNDAC).
- Comité de Fármaco Terapéutico vigilancia y Tecnovigilancia (RD N° 047-2021-DG-HNDAC).
- Comité de Prevención y Control de Infecciones Asociadas a la Atención de Salud (RD N° 154-2021-DG-HNDAC).
- Comité de Clima organizacional (RD N° 070-2017-DG-HNDAC).
- Comité de Prevención de Mortalidad Materna, Fetal y Neonatal (RD N° 51-2023-DG-HNDAC).
- Comité de Historia Clínica (RD N° 555-2023-HNDAC DG).
- Equipo de Ronda de Seguridad del Paciente (RD N° 023-2024-DG-HNDAC).
- Equipo de Evaluadores internos (R.D. N° 164-2023-HNDAC-DG).
- Equipo Conductor de la Lista de verificación de Seguridad de la Cirugía (RD N° 360-2018-DG-HNDAC).
- Equipo multidisciplinario para la Gestión de Oxígeno medicinal del HNDAC (RD N° 050-2021-DG-HNDAC).
- Comité de Prevención y Control de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (RD N° 154-2021-DG-HNDAC).
- Comité Responsable de Monitoreo de los indicadores de desempeño y compromisos de mejora del Convenio de Gestión Salud (RD N° 044-2024-HNDAC-DG).
- Equipo de Auditoría del Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos, adscrito al Comité de Auditoría en Salud (RD N° 132-2023-DG-HNDAC)
- Equipo de Auditoría del Departamento de Anestesiología adscrito al Comité de Auditoría en Salud (RD N° 133-2023-DG-HNDAC)
- Equipo de Auditoría del Departamento de Medicina adscrito al Comité de Auditoría en Salud (RD N° 134-2023-DG-HNDAC)



	PLAN	PLAN OGC-001
	Plan Anual de Gestión de la Calidad en Salud - 2024 Hospital Nacional "Daniel Alcides Carrión"	Edición N° 13
		Página 18 de 63

- Equipo de Auditoría del Departamento de Ginecología y Obstetricia adscrito al Comité de Auditoría en Salud (RD N° 135-2023-DG-HNDAC).
- Equipo de Auditoría del Departamento de Enfermería adscrito al Comité de Auditoría en Salud. (RD N° 136-2023-DG-HNDAC).
- Equipo de Auditoría del Departamento de Oncología, adscrito al Comité de Auditoría en Salud (RD N° 166-2023-DG-HNDAC)
- Equipo de Auditoría del Departamento de Pediatría adscrito al Comité de Auditoría en Salud (RD N° 559-2023-DG-HNDAC)
- Equipo Metodológico para la asistencia técnica en la elaboración y revisión de guías técnicas del HNDAC (RD N° 363-2019-DG-HNDAC).



6.3 ACTIVIDADES 2023 POR LÍNEAS ESTRATÉGICAS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN EL HNDAC

6.3.1 Cumplimiento de las metas de calidad contenidos en el Plan anual de Gestión de la Calidad 2023 del HNDAC: La Oficina de Gestión de la calidad en el año 2023 desarrolló actividades del Sistema de Gestión de la Calidad entre las cuales tenemos: el proceso de Auditoría de la Calidad en salud, el proceso de Autoevaluación anual, la medición semestral del grado de satisfacción del usuario externo, la medición anual de los tiempos de espera en consulta externa; el monitoreo y análisis de eventos adversos, las Rondas de Seguridad del Paciente, el cumplimiento de la aplicación de la Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía, Higiene de Manos.

En ese contexto, se remitieron a la Dirección General los informes del I, II, III y IV del Plan de Gestión de Calidad, Plan de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud, Plan Hospitalario por la Seguridad del Paciente, Plan Anual de Acreditación, Plan de Autoevaluación, Plan de Satisfacción del Usuario Externo, Plan de Tiempos y Movimientos.


En cuanto al monitoreo y evaluación de los Indicadores de Calidad, se elaboraron y aprobaron los indicadores de Calidad del HNDAC correspondientes a los Departamentos de Emergencia y Cuidados Críticos, Ginecología y Obstetricia, Pediatría, Cirugía, Medicina y de esta Oficina, mediante Resolución Directoral N° 195-2017-DG-HNDAC y Resolución Directoral N° 097-2020-DG-HNDAC.

También se remitió documentos como Memo Circular N°021-HNDAC-2023-OGC a los jefes de Departamentos y Servicio de Emergencia para que coordinen la elaboración de las GPC, a fin de cumplir con la Implementación de los Indicadores de Calidad en el Servicio de Emergencia. Asimismo, se informó al referido departamento el monitoreo de los Indicadores de Calidad del Servicio de Emergencia-Periodo Julio y Agosto. Igualmente, con Informe N° 008-2024-HNDAC-OGC se remite a la Dirección General los resultados de los indicadores de calidad del HNDAC 2023.




 GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO
 HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN
 CERTIFICO que el presente es copia fiel del original

10 ABR 2024
 Wilfredo Freddy Dehoya Salas
 FEDATARIO

	PLAN	PLAN OGC-001
	Plan Anual de Gestión de la Calidad en Salud - 2024 Hospital Nacional "Daniel Alcides Carrión"	Edición N° 13
		Página 19 de 63

6.3.2 Desarrollo del proceso de autoevaluación y mejoramiento de los estándares para la acreditación hospitalaria: El Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión viene realizando desde el 2009, a la fecha trece autoevaluaciones, para lograr la Acreditación hospitalaria; sin embargo, hemos obtenido en todos estos años una cifra lejana del mínimo requerido (85%).

En tal sentido, se inició la autoevaluación del HNDAC, en el mes de octubre del 2023, con la participación activa, responsable y comprometida de un grupo de colaboradores de nuestra institución, que integran el Equipo de Evaluadores internos.

Se desarrollaron las acciones de sostenibilidad del proceso de acreditación hospitalaria, contando con el Equipo de Acreditación 2021, aprobado con R. D. N° 155-2021-DG-HNDAC-C, quienes elaboran el plan de Acreditación aprobado con R.D. N° 203-2023-HNDAC-DG. Por otro lado, se aprueba con R.D. N° 164-2023-HNDAC-DG el equipo de evaluadores internos quienes elaboran el Plan de Autoevaluación, el cual fue aprobado con R.D N°242-2023-DG-HNDAC,

En cuanto a la Autoevaluación 2023 del HNDAC se inició en el mes de octubre, con la participación del Equipo de evaluadores internos, cuyos resultados alcanzaron un puntaje final de cumplimiento de 66% en los 21 macroproceso evaluados. Los resultados obtenidos de los Macroprocesos Gerenciales alcanzaron un puntaje de 71.43%, los macroprocesos misionales de 61.84%, y observamos con preocupación que el cumplimiento de estándares y criterios en los macroprocesos de apoyo alcanzó el más bajo puntaje con el 63.91%, siendo estos fundamentales para lograr los objetivos de los macroprocesos Gerenciales y Misionales.




GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO
HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN
 CERTIFICADO que el presente es copia fiel del original

10 ABR 2024
Wilfredo Freddy Ochoa Salas
FEDATARIO

CUADRO 6. RESULTADO DE LA AUTOEVALUACIÓN INSTITUCIONAL 2023

ESTABLECIMIENTO: HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN TIPO DE ESTABLECIMIENTO: H FASE: Autoevaluación AÑO: 2023 PERIODO: I																																								
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="6">MACROPROCESO</th> <th colspan="6">CATEGORIAS</th> </tr> <tr> <th rowspan="2">Macroprocesos</th> <th colspan="5">No total citados</th> <th rowspan="2">Porcentaje Máximo por Macro proceso</th> <th rowspan="2">Porcentaje Obtenido por Macro proceso</th> <th rowspan="2">Cumplimiento por Macro proceso</th> <th rowspan="2">Porcentaje Máximo categoría</th> <th rowspan="2">Porcentaje Obtenido por Categoría</th> <th rowspan="2">Cumplimiento por categoría</th> </tr> <tr> <th>Citados en el</th> <th>E</th> <th>P</th> <th>R</th> <th>T</th> </tr> </table>												MACROPROCESO						CATEGORIAS						Macroprocesos	No total citados					Porcentaje Máximo por Macro proceso	Porcentaje Obtenido por Macro proceso	Cumplimiento por Macro proceso	Porcentaje Máximo categoría	Porcentaje Obtenido por Categoría	Cumplimiento por categoría	Citados en el	E	P	R	T
MACROPROCESO						CATEGORIAS																																		
Macroprocesos	No total citados					Porcentaje Máximo por Macro proceso	Porcentaje Obtenido por Macro proceso	Cumplimiento por Macro proceso	Porcentaje Máximo categoría	Porcentaje Obtenido por Categoría	Cumplimiento por categoría																													
	Citados en el	E	P	R	T																																			
	Citados en el	E	P	R	T	Total	Total	%	Total	Total	%																													
Atención primaria	11	5	3	1	11	54.72	37.02	67.65																																
Gestión de recursos humanos	11	5	3	1	11	41.04	32.59	79.41																																
Gestión de procesos	12	5	3	1	12	47.88	37.37	78.05																																
Gestión de seguridad y salud	10	5	3	1	10	47.88	30.52	63.74	222.64	159.04	71.42																													
Gestión de seguridad en sistemas	11	4	1	1	11	13.68	10.50	76.79																																
Gestión de gestión de calidad	13	5	3	1	13	34.20	23.02	67.31																																
Gestión de atención	14	5	3	1	14	47.88	23.94	50.00																																
Gestión de atención	14	5	3	1	14	0.00	0.00	0.00																																
Gestión de atención	11	5	3	1	11	47.88	28.82	60.19	254.45	157.36	61.84																													
Gestión de atención	14	5	3	1	14	47.88	22.68	47.37																																
Gestión de atención	14	5	3	1	14	47.88	31.58	65.96																																
Gestión de atención	13	5	3	1	13	34.20	32.57	95.24																																
Gestión de atención	11	5	3	1	11	17.10	10.88	63.64																																
Gestión de atención	14	5	3	1	14	17.10	8.31	48.57																																
Gestión de atención	11	5	3	1	11	17.10	14.08	82.35																																
Gestión de atención	11	4	1	1	11	17.10	9.87	57.69																																
Gestión de atención	14	5	3	1	14	17.10	8.55	50.00																																
Gestión de atención	11	5	3	1	11	17.10	8.55	50.00	159.02	101.84	63.91																													
Gestión de atención	11	5	3	1	11	17.10	17.10	100.00																																
Gestión de atención	11	4	3	1	11	17.10	13.08	76.47																																
Gestión de atención	11	4	3	1	11	17.10	11.84	69.23																																
Gestión de atención	11	5	3	1	11	17.10	7.04	41.18																																
TODI	242	124	67	47	242	636.12	419.90		636.12	419.04																														

RESULTADO FINAL

NO aprobado - Subsanan en 9 meses (50%-69%)

Calificaciones:

- NO Aprobado - Subsanan desde Agosto 2023 (69%)
- NO Aprobado - Subsanan en 9 meses (50-69%)
- NO Aprobado - Subsanan en 6 meses (70-84%)
- Aprobado 20% (85%)


 E. FIGUEROA C.


 ING. TAPIA G.


 OFICINA EJECUTIVA DE ADMINISTRACIÓN


 OFICINA EJECUTIVA DE ADMINISTRACIÓN


 OFICINA EJECUTIVA DE ADMINISTRACIÓN

De acuerdo a los resultados de la Autoevaluación se obtuvo el 66% de cumplimiento


 GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO
 HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN
 CERTIFICADO que el presente es copia fiel del original
10 ABR 2024
 Wilfredo Fredy Ochoa Salas
 FEDATARIO



PLAN

PLAN OGC-001

Plan Anual de Gestión de la Calidad en Salud - 2024 Hospital Nacional "Daniel Alcides Carrión"

Edición N° 13

Página 21 de 63



GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO
HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN
CERTIFICADO que el presente es copia fiel del original

CUADRO 7. PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CRITERIOS OBTENIDOS EN LA AUTOEVALUACIÓN INSTITUCIONAL 2023 - PROCESO DE ACREDITACIÓN

10 ABR 2024
FEDATARIO
Wilfredo Freddy Pacheco Salas

MACROPROCESO	% DE CUMPLIMIENTO DE CRITERIOS SEGÚN MACROPROCESOS	% ALCANZADO / MACROPROCESOS SEGÚN GRADO DE CUMPLIMIENTO
Menor al 50%		% total de Macroprocesos menor a 50%
Atención de emergencia	47.37	14.28
Gestión de equipos e infraestructura	41.18	
Admisión y alta	48.57	
50 al 69%		% total de Macroprocesos 50 al 69%
Atención ambulatoria	50	53.38
Gestión de la información	50	
Descontaminación, limpieza, desinfección y esterilización	50	
Gestión de medicamentos	57.69	
Atención de hospitalización	60.19	
Apoyo al diagnóstico y tratamiento	63.64	
Manejo del riesgo de la atención	63.74	
Atención quirúrgica	65.96	
Control de gestión y la prestación	67.31	
Direccionamiento	67.65	
Gestión de insumos y materiales	69.23	
70 al 84%		% total de Macroprocesos 70 al 84%
Manejo de nutrición en pacientes	76.47	23.8
Gestión de seguridad ante desastres	76.79	
Gestión de la calidad	78.05	
Gestión de Recursos Humanos	79.41	
Referencia y contrarreferencia	82.35	
85% a más		% total de Macroprocesos 85% a más
Docencia e investigación	95.24	9.52
Manejo del riesgo Social	100	



En el presente cuadro podemos observar que, del total de 21 macroprocesos evaluados por criterio, 03 de ellos obtuvieron menos del 50%, 11 macroprocesos obtuvieron entre 50% al 69%, 05 macroprocesos obtuvieron entre 70% al 84% y 2 macroprocesos obtuvieron de 85% a más de cumplimiento. En ese sentido el macroproceso gestión de Equipos e Infraestructura obtuvo el menor puntaje de 41.18%, seguido del macroproceso de Atención de Emergencia con 47.37%, y de Macroproceso de Admisión y Alta con 48.57%. Asimismo, los macroprocesos de Docencia e Investigación alcanzaron 95.24% y Manejo de Riesgo Social el 100%, siendo estos últimos los que obtuvieron los más altos porcentajes de cumplimiento.

CUADRO 8. COMPARATIVO DE RESULTADOS DE CUMPLIMIENTO DE CRITERIOS SEGÚN MACROPROCESOS EN EL PERIODO 2020-2023 AUTOEVALUACIÓN INSTITUCIONAL 2022 - PROCESO DE ACREDITACIÓN

CLASIFICACIÓN DE LOS MACROPROCESOS	Macroprocesos	Cumplimiento x macroproceso 2020	Cumplimiento x macroproceso 2021	Cumplimiento x macroproceso 2022	Cumplimiento x macroproceso 2023
Macroprocesos Generales	Direccionamiento	61.76	67.65	67.66	67.65
	Gestión de recursos humanos	76.47	82.35	82.35	79.41
	Gestión de la calidad	58.54	43.9	70.73	78.05
	Manejo del riesgo de atención	65.13	63.74	64.84	63.74
	Gestión de seguridad ante desastres	75	69.64	60.71	76.79
	Control de la gestión y prestación	75	62.69	80.77	67.31
Macroprocesos Nucleares	Atención ambulatoria	37.5	57.5	60	50
	Atención extramural	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica
	Atención de hospitalización	53.7	42.59	60.19	60.19
	Atención de emergencias	76.32	47.37	47.37	47.37
	Atención quirúrgica	47.87	51.06	63.83	65.95
	Docencia e Investigación	100	100	95.245	95.24
Macroprocesos de Apoyo	Apoyo diagnóstico y tratamiento	50	50	45.45	63.64
	Admisión y alta	7.14	11.43	61.43	48.57
	Referencia y contrareferencia	38.24	67.66	56.88	82.35
	Gestión de medicamentos	50	15.38	48.08	67.69
	Gestión de la información	15.22	41.3	41.3	50
	Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización	55.17	44.83	44.83	50
	Manejo del riesgo social	100	100	100	100
	Manejo de nutrición de pacientes	52.94	70.59	70.59	76.47
	Gestión de insumos y materiales	38.48	53.85	57.69	69.23
	Gestión de equipos e infraestructura	11.76	58.82	67.65	41.18
PUNTAJE OBTENIDO		58	57	65	66

FUENTE: INFORME FINAL DE AUTOEVALUACIÓN 2023 – EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS – COMITÉ DE ACREDITACIÓN.

El presente cuadro comparativo muestra los resultados obtenidos por macroprocesos de los años 2020 al 2023, observándose variaciones en las calificaciones obtenidas en estos años.


10 ABR 2024
 Wilfredo Fredy Ochoa Salas
 FEDATARIO



 E. FIGUEROA C.


 ING. TAPIA G.


 H.N.D.A.C.


 OFICINA EJECUTIVA DE ADMINISTRACIÓN


 DIRECCIÓN ADJUNTA DE GESTIÓN CLÍNICA
 J. BURGOS H.

	PLAN	PLAN OGC-001
	Plan Anual de Gestión de la Calidad en Salud - 2024 Hospital Nacional "Daniel Alcides Carrión"	Edición N° 13
		Página 23 de 63

6.3.3 Grado de satisfacción de los usuarios externos y otras mediciones pertinentes en Consulta Externa, Hospitalización y Emergencia HNDAC

- a. **Medición de Tiempos y Movimientos en el servicio de Consulta Externa:**
 Con R.D. N° 205-2023-DG-HNDAC de fecha 22/05/2023 se aprueba el Plan de Tiempos y Movimientos en Consulta Externa. En ese sentido con Informe N° 157-2023-HNDAC-OGC se solicita a la DG el requerimiento de esta actividad, sin embargo, según indicación de Logística el referido requerimiento no se ejecutó por falta de presupuesto.
- b. **Mecanismos de participación de los usuarios externos para la mejora de su satisfacción:** El HNDAC cuenta con una Plataforma de Atención al usuario (PAUS) desde el 2015 la cual 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.

En ese contexto, la OGC tiene entre una de sus actividades supervisar a la PAUS, por ello con Informe N° 170-2023-HNDAC-OGC, se remite a la Dirección General el Resultado de la Visita Inopinada a la Plataforma de Atención al Usuario del HNDAC.

Por otro lado, con Informe N° 176-2023-HNDAC-OGC, de fecha 26 de setiembre del 2023, se remite a la Dirección General el Plan de Capacitación para el curso: "Herramientas y Técnicas de Calidad para la Mejora de Procesos y Gestión de Riesgos en la Prestaciones de Servicios de Salud". Asimismo, con Informe N° 026-2024-HNDAC-OGC, se remitió el Informe Técnico de los Reclamos registrados en la PAUS de nuestra institución, correspondiente al IV Trimestre – 2023, conteniendo el análisis, conclusiones y recomendaciones, para la implementación de acciones de mejora en la satisfacción del usuario externo, cuyos resultados se indica a continuación:

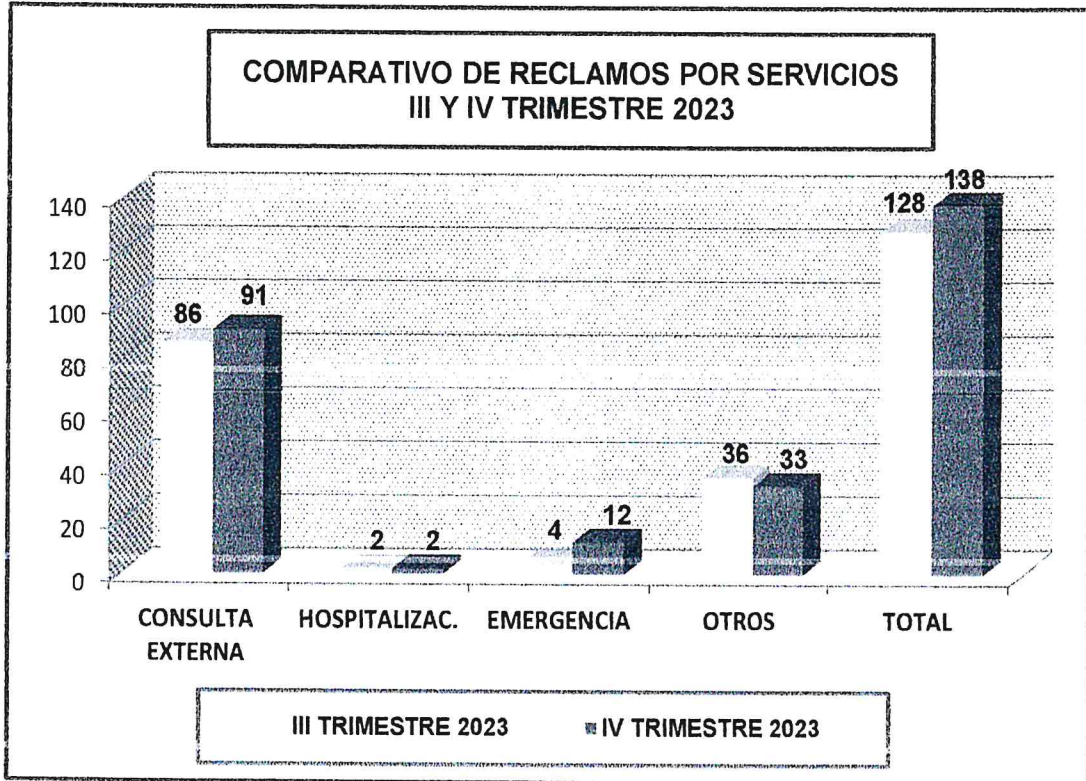
CUADRO 9. COMPARATIVO DE RECLAMOS POR SERVICIOS III Y IV TRIMESTRE 2023

SERVICIOS	III TRIMESTRE 2023	IV TRIMESTRE 2023	SUB TOTAL
CONSULTA EXTERNA	86	91	177
HOSPITALIZAC.	2	2	4
EMERGENCIA	4	12	16
OTROS	36	33	69
TOTAL	128	138	266


 GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO
 HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN
 CERTIFICADO que el presente es copia fiel del original
10 ABR 2024
Wilfredo Fredy Ochoa Salas
 FEDATARIO



GRÁFICO 1. COMPARATIVO DE RECLAMOS POR SERVICIOS DEL IV TRIMESTRE 2023



GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO
DIRECCIÓN GENERAL DE ASesoría LEGAL
E. FIGUEROA

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

CUADRO 10. RECLAMOS MÁS FRECUENTES - IV TRIMESTRE 2023

CLASIFICACIÓN DEL RECLAMO	FRECUENCIA	% ACUMULADO		80-20
CODIGO 6-1106	94	73.44%	94	80%
CODIGO 25-1303	10	81.25%	104	80%
CODIGO 36-2001	7	86.72%	111	80%
CODIGO 22-1201	6	91.41%	117	80%
CODIGO 2-1102	4	94.53%	121	80%
CODIGO 24-1302	3	96.88%	124	80%
CODIGO 26-1304	3	99.22%	127	80%
CODIGO 21-1121	1	100.00%	128	80%
TOTAL	128			

SECCIÓN EJECUTIVA DE PLANEAMIENTO Y EVALUACIÓN
REGONAL
ING. TAPIA

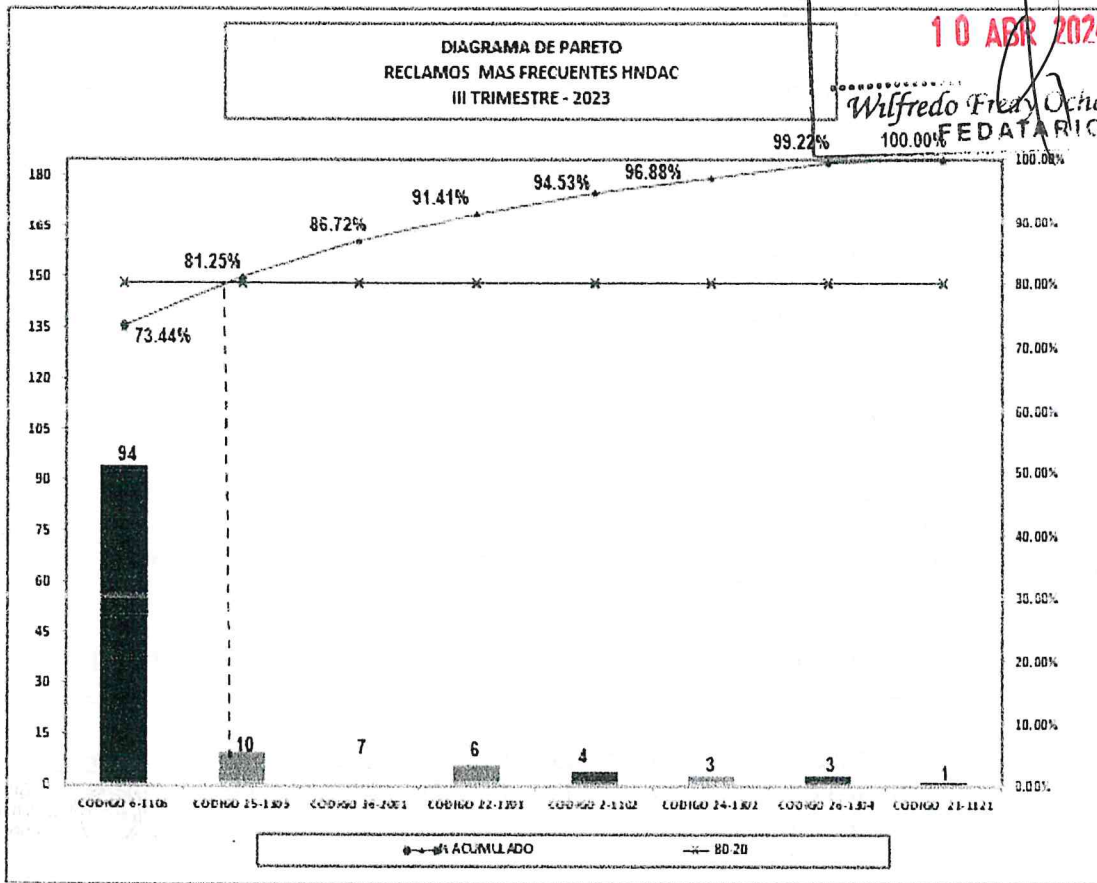
GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO
OFICINA DE ASesoría LEGAL
H.N.D.A.C.
HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN

OFICINA EJECUTIVA DE ADMINISTRACIÓN
H.N.D.A.C.

GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO
DIRECCIÓN JUNTO DE GESTIÓN CLÍNICA
CALLAO
J. BURGOS H.

GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO
HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN
CERTEFICO que el presente es copia fiel del original
10 ABR 2024
Wilfredo Freddy Ochoa Salas
FEDATARIO

GRÁFICO 2. DIAGRAMA DE PARETO- RECLAMOS MAS FRECUENTES



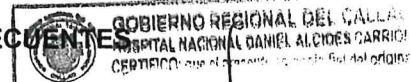
Fuente: Plataforma de Atención al Usuario


La aplicación del Diagrama de Pareto distribuye los reclamos según clasificación con sus posibles causas, determinando el 80% - 20% de los reclamos y los rebotes internos previstos; de esta manera se puede establecer un orden de prioridades en la toma de decisiones en nuestra institución, evaluando las fallas para resolverlos, mejorarlos o evitarlas; a través de acciones de mejora continua.

- c. **Medición de la Satisfacción del usuario externo en consulta externa/hospitalización/emergencia:** La Medición de la Satisfacción del usuario externo en consulta externa/hospitalización/emergencia, se viene realizando desde el año 2007, y se aplica la metodología SERVQUAL modificada desde el 2011. Por ello Con R.D. N° 210-2023-DG-HNDAC de fecha 22/05/2023 se aprobó el Plan Anual de Satisfacción del Usuario externo en consulta externa/hospitalización y emergencia del HNDAC 2023, cuyos resultados se detalla a continuación:

- **Primera Medición 2023-I:**

Con Informe N° 121-2023-HNDAC-OGC, de fecha 28 de junio del 2023, se remitió a la Dirección General el Informe del Estudio de Satisfacción de los Usuario Externos - Encuesta SERVQUAL Modificado - periodo 2023-I; aplicada



	PLAN	PLAN OGC-001
	Plan Anual de Gestión de la Calidad en Salud - 2024 Hospital Nacional "Daniel Alcides Carrión"	Edición N° 13
		Página 26 de 63

del 25 de mayo al 16 de junio del 2023 a los Servicio de Consulta Externa, Emergencia y Hospitalización.

Servicio de Consulta Externa: El promedio de Satisfacción del Usuario Externo 2023-I encontrado en este servicio fue de 52.25% y la insatisfacción de 47.75%, este último resultado es considerado en proceso (40-60%); Además es necesario mencionar que el grado de insatisfacción se ha incrementado en 6.85% con respecto a la medición anterior del 2022-I (40.90%).

Medición en el Servicio de Emergencia: El promedio de Satisfacción del Usuario Externo 2023-I encontrado fue de 44.83% y la insatisfacción de 55.17%, este último resultado es considerado en proceso (40-60%); Además es necesario mencionar que el grado de insatisfacción se ha incrementado en 9.22% con respecto a la medición anterior del 2022-I (45.95%).

Medición en el Servicio de Hospitalización: El promedio de Satisfacción del Usuario Externo 2023-II encontrado en este servicio fue de 35.15% y la insatisfacción de 64.85%, este último resultado es considerado como por mejorar (<40%). Además, es necesario mencionar que el grado de insatisfacción se ha incrementado en 34.57% con respecto a la medición anterior del 2022-I (30.28%)

Por otro lado, mediante Informe N° 171-2023-HNDAC-OGC e Informe N° 172-2023-HNDAC-OGC se remite el informe del Estudio de Satisfacción de los usuarios Externos 2023-I, al Departamento de Atención Ambulatoria y Hospitalización, y Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos respectivamente, con el fin de que se socialice y se implementen las recomendaciones que sea de competencia de cada uno de los Departamentos antes indicados.

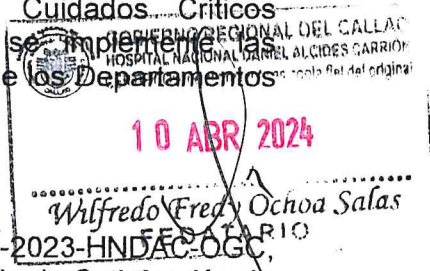
• **Segunda Medición 2023-I:**


Con relación a la segunda medición, con Informe N° 224-2023-HNDAC-OGC, se informa a la Dirección General los resultados del Estudio de Satisfacción de los Usuario Externos - Encuesta SERVQUAL Modificado - periodo 2023-II; aplicada del 01 al 26 de diciembre del 2023-II a los Servicio de Consulta Externa, Emergencia y Hospitalización.

Servicio de Consulta Externa: El promedio de Satisfacción del Usuario Externo 2023-II encontrado fue de 57.76% y la insatisfacción de 42.24%, este último resultado es considerado en proceso (40-60%); Además es necesario mencionar que el grado de insatisfacción se ha incrementado en 5.51% con respecto a la medición anterior del 2023-I (47.75%)

Servicio de Emergencia: El promedio de Satisfacción del Usuario Externo 2023-I encontrado en este servicio fue de 34.14% y la insatisfacción de 65.86%, este último resultado es considerado por mejorar (>60%); Además es necesario mencionar que el grado de insatisfacción se ha incrementado en 10.69% con respecto a la medición anterior del 2023-I (55.17%)

Medición en el Servicio de Hospitalización: El promedio de Satisfacción del Usuario Externo 2023-II encontrado en este servicio fue de 61.90% y la insatisfacción de 38.10%, este último resultado es considerado como aceptable



	PLAN	PLAN OGC-001
	Plan Anual de Gestión de la Calidad en Salud - 2024 Hospital Nacional "Daniel Alcides Carrión"	Edición N° 13
		Página 27 de 63

(<40%). Además, es necesario mencionar que el grado de insatisfacción ha disminuido en 26.75% con respecto a la medición anterior del 2023-I (64.85%).

Por otra parte, con Informe N° 008-2024-HNDAC-OGC se remite el informe del Estudio de Satisfacción de los usuarios Externos 2023-II al Departamento de Atención Ambulatoria y Hospitalización, a fin de que se socialice y se implemente las recomendaciones que sea de competencia de dicho Dpto. Por otro lado, con Informe N° 009-2024-HNDAC-OGC se remite el informe del Estudio de Satisfacción de los usuarios Externos 2023-II al Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos, a fin de que se socialice y se implemente.

- d. **Derechos y deberes de las personas usuarias de los servicios de salud:** Se continúa difundiendo de manera presencial con el personal de la PAUS y por la página web los Derechos y Deberes de los usuarios en Consulta Externa, mediante trípticos, afiches, y banners a cargo de la PAUS y Oficina de Imagen Institucional.

Igualmente, con Informe N° 166-2023-HNDAC-OGC, se remitió a la Dirección General, jefes de Departamentos y Oficinas el Manual de Deberes y Derechos de los Usuarios en Salud y Tríptico de Difusión para ser socializado con el personal asistencial y administrativo del HNDAC; a fin de mejorar la Satisfacción del Usuario Externo.

- e. **Personal asistencial y administrativo capacitado sobre los Deberes y Derechos de las personas usuarias en salud:** Con Informe N° 071-2023-HNDAC-OGC, se remite a la Dirección General el Plan del Curso de Capacitación: Derechos y Deberes de las personas usuarias de los servicios de salud 2023. Además de ello con Informe N° 166-2023-HNDAC-OGC.

En ese sentido, con Informe N° 176-2023-HNDAC-OGC se remitió a la Dirección General el Plan de Capacitación para el curso: "Herramientas y Técnicas de Calidad para la Mejora de Procesos y Gestión de Riesgos en la Prestaciones de Servicios de Salud"


También con Informe N° 170-2023-HNDAC-OGC, se remitió a la Dirección General el Resultado de la Visita Inopinada a la Plataforma de Atención al Usuario del HNDAC; y con Informe N° 197-2023-HNDAC-OGC se remitió el Informe Técnico de los Reclamos recibidos en nuestra institución, correspondiente al III Trimestre – 2023 de la Plataforma de Atención al Usuario (PAUS), conteniendo el análisis, conclusiones y recomendaciones, para la implementación de acciones de mejora en la satisfacción del usuario externo.

- f. **Personal asistencial y administrativo capacitado sobre Buen Trato:** Con Informe N° 071-2023-HNDAC-OGC, se remitió a la Dirección General el Plan del Curso de Capacitación: Promoviendo una Cultura de Humanización y Buen trato de la Atención de las personas usuarias de los servicios de salud del HNDAC; el cual se realizó el 30 de mayo del presente año.

También con Informe N° 159-2023-HNDAC-OGC, se remitió a la Dirección General el informe de las actividades por el Día Nacional de la Salud y el Buen Trato al Paciente, el cual estuvo a cargo de la Oficina de Gestión de la Calidad, PAUS, la Oficina de Administración de Recursos Humanos y la Oficina de Imagen Institucional.



Unfrado Freddy Osawa Salas
 FEELADARIO

	PLAN	PLAN OGC-001
	Plan Anual de Gestión de la Calidad en Salud - 2024 Hospital Nacional "Daniel Alcides Carrión"	Edición N° 13
		Página 28 de 63

- g. **Fortalecimiento del Sistema de información, orientación y absolución de reclamos en salud:** La Oficina de Recursos Humanos realizó dos capacitaciones: Curso sobre Ética, integridad y su importancia de la función pública, así como la implementación del Sistema de Control Interno, y la Conferencia Implementación del Sistema de Control Interno en una entidad del Estado, el día miércoles 20 de diciembre del 2023, en el horario de 9:00 am. y 12:00 horas respectivamente, el cual fue dirigido al personal Asistencial y Administrativo del HNDAC.

6.3.4 Contribuir mediante la auditoría a mejorar la calidad de la atención en salud.

- a. **Plan Anual de Auditoría de la Calidad en Salud HNDAC:** La Unidad de Auditoría de la calidad en Salud elaboró el Plan anual de Con R.D. N° 162-2023-HNDAC-DG, se aprueba el Plan de Auditoría de la calidad de Atención en Salud del HNDAC-2023.
- b. **Implementación de la Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud Versión 02.**

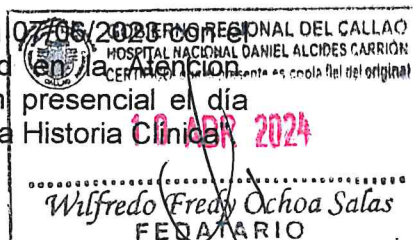
Se conformó Equipos de Auditoría adscritos con R.D.: Con RD N° 132-2023-HNDAC-DG se conformó el equipo de Auditoría del Departamento de Emergencias y Cuidados Críticos; con RD N° 133-2023-HNDAC-DG se conformó el equipo de Auditoría del Departamento Anestesiología, con RD 134-2023-HNDAC-DG Conformación del equipo de auditoría del Departamento de Medicina; con RD N° 135-2023-HNDAC-DG de 03/04/2023 se reconfirmó el equipo de Auditoría del Departamento de ginecología y Obstetricia; con RD N° 136-2023-HNDAC-DG de 03/04/2023 se reconfirmó el Equipo de auditoría del Departamento de Enfermería.


Los Equipos de Auditoría Adscritos elaboraron 05 Planes de trabajo de acuerdo a temas priorizados aprobándose dos de ellos, según R.D. N° 243-2023 - DG-HNDAC del Equipo de Auditoría del Departamento de Oncología - HNDAC 2023. y con R.D. 567-DG-HNDAC de fecha 29/11/2023 se aprobó el plan de trabajo del equipo adscrito del Dpto. de Ginecología y Obstetricia.

- c. **Capacitaciones al personal asistencial sobre normas técnica de salud**

Durante el año 2023 se realizaron los siguientes cursos de capacitación: Con Informe N° 078-2023 de fecha 17/04/2023 se remite a la Dirección General el Plan de Capacitación de Auditoría en salud; con Informe N° 079-2023 de fecha 18/04/2023 se remite a la Dirección General el Plan de capacitación de gestión de la Historia Clínica y Oportunidad de la Atención. Asimismo, con Oficio Múltiple N° 168-2023/GRC/DIRESA/DG/DESP/DAC/UCS, el coordinador de Auditoría del HNDAC brindó la capacitación para Auditores de la DIRESA Callao

Se participó como ponente en la capacitación virtual el día 07/06/2023 con el tema de "Gestión de la Historia Clínica y Oportunidad de la Atención en la Atención". Asimismo, se participó como ponente en la capacitación presencial el día 22/06/2023 con el tema de "Norma Técnica de Gestión de la Historia Clínica".



	PLAN	PLAN OGC-001
	Plan Anual de Gestión de la Calidad en Salud - 2024 Hospital Nacional "Daniel Alcides Carrión"	Edición N° 13
		Página 29 de 63

d. Auditorías de la Calidad en Salud: Se realizaron: El Reporte de Auditoría Concurrente al Servicio de Medicina 7mo B, de fecha 30/06/2023 emitida a Dirección General con Informe N° 120-2023-HNDAC/OGC y el Reporte de Auditoría Concurrente al Servicio de Medicina 7mo B, de fecha 31/05/2023 emitida a Dirección General con Informe N° 104-2023-HNDAC/OGC.

e. Auditorías de Gestión Clínica: Se reprogramaron el número de actividades en este ítem, realizándose una auditoría por falta de médico auditor, por ello con Informe N° 214-2023-HNDAC-OGC de fecha 29/11/2023 se remite a la Dirección General la Auditoría de Gestión Clínica sobre el Proceso de Emisión de Certificados de Discapacidad.

f. Seguimiento de Recomendaciones de las Auditorías: Se programó en el Plan anual de Auditoría 2023 tres actividades de Seguimiento de Recomendaciones de Auditorías de Casos, sin embargo, debido a la falta de médico auditor, se realizaron dos de ellas, lo cual se evidencia en el Informe N° 175-2023-HNDAC/OGC de fecha 21/09/2023 que se remitió a la Dirección General el informe de Seguimiento de Recomendaciones de las Auditorías correspondiente al II trimestre 2023. Asimismo, con Informe N° 116-2023-HNDAC/OGC de fecha 28/06/2023 se remitió a la Dirección General el informe de Seguimiento de Recomendaciones de las Auditorías correspondiente al I trimestre 2023.

ACTIVIDADES NO PROGRAMADAS: El Comité de Auditoría Médica y Auditoría en salud desarrolló auditorías de casos, según se detalla a continuación:

Casos Resueltos:

a. Por el Comité de Auditoría Médica (CAM)

Informe N° 01-2023-CAM-HNDAC con fecha 04/04/2022, entregado a la DG con Informe N° 49-2023-HNDAC/OGC, conteniendo la auditoría del paciente R.C.F.

Informe N° 02-2023-CAM-HNDAC con fecha 06/06/2023, entregado a GD con Informe N° 105-2023-HNDAC/OGC, conteniendo la Auditoría del paciente PAJ.


Informe N° 03-2023-CAM-HNDAC con fecha 12/09/2023, entregado a la Dirección General con Informe N° 171-2023-HNDAC/OGC, conteniendo la Auditoría del paciente LTS.

Informe N° 04-2023-CAM-HNDAC con fecha 03/09/2023, entregado a GD con Informe N° 173-2023-HNDAC/OGC, conteniendo la Auditoría del paciente S.R.M

Informe N° 05-2023-CAM-HNDAC con fecha 11/10/2023, entregado a GD con Informe N° 186-2023-HNDAC/OGC, conteniendo la Auditoría del paciente NTT.

Informe N° 06-2022-CAM-HNDAC con fecha 16/11/2023, entregado a GD con Informe N° 210-2023-HNDAC/OGC, conteniendo la Auditoría del paciente RLP.



	PLAN	PLAN OGC-001
	Plan Anual de Gestión de la Calidad en Salud - 2024 Hospital Nacional "Daniel Alcides Carrión"	Edición N° 13
		Página 30 de 63

Informe N°07-2023-CAM-HNDAC con fecha 21/11/2023, entregado a GD con Informe N° 212-2023-HNDAC/OGC, conteniendo la Auditoría del paciente MCJ.

b. Por el Comité de Auditoría en Salud (CAS)

Informe N° 01-2023-CAS-HNDAC con fecha 06/2023, paciente V.H.J entregado a la Dirección General con Informe N° 110-2023-HNDAC/OGC, conteniendo la Auditoría de la paciente POI.

CUADRO 11. AUDITORÍAS DE CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD - 2023

Servicio donde se realiza la Auditoría de la Calidad en Salud	Fecha de Informe	Documento que se remite a la Auditoría
Reporte de Auditoría Concurrente al Servicio de Medicina 7mo B.	30/06/2023	Informe N° 120-2023-HNDAC/OGC.
Reporte de Auditoría Concurrente al Servicio de Medicina 7mo B.	31/05/2023	Informe N°104-2023-HNDAC/OGC

CUADRO 12: AUDITORÍAS DE GESTIÓN CLÍNICA - 2023

Servicio donde se realiza la Auditoría de la Calidad de Registro	Fecha de Informe	Documento que se remite a la Auditoría
Auditoría de Gestión Clínica: Proceso: Emisión de Certificados de Discapacidad	29/11/2023	Informe N° 214-2023-HNDAC/OGC

CUADRO 13: SEGUIMIENTO DE RECOMENDACIONES – 2023

Seguimiento de Recomendaciones	Fecha de Informe	Documento que se remite a la Auditoría
Seguimiento de Recomendaciones de Auditoría de CAS-II Trimestre-2023	21/09/2023	Informe N° 175-2023-HNDAC/OGC
Seguimiento de Recomendaciones de Auditoría de CAS-I Trimestre-2023	28/06/2023	Informe N° 116-2023-HNDAC/OGC.

CUADRO 14: AUDITORÍA DE CASO - COMITÉ DE AUDITORÍA DE LA CALIDAD EN SALUD – 2023


	Fecha de Informe auditoría	N° de Informe de Auditoría	Fecha de Informe de Calidad	Documento con que se emite el Informe de Auditoría
1	0/06/2023	Informe N° 07-2023-CAM-HNDAC	08/06/2023	Informe N° 110-2023-HNDAC/OGC

GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO
HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN
CERTIFICO que el presente es copia fiel del original

10 ABR 2024

Wilfredo Frady Ochoa Salas
FEDATARIO



	PLAN	PLAN OGC-001
	Plan Anual de Gestión de la Calidad en Salud - 2024 Hospital Nacional "Daniel Alcides Carrión"	Edición N° 13
		Página 31 de 63


 GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO
 HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN
 CERTIFICADO que el presente documento es una copia fiel del original
10 ABR 2024
Wilfredo Freddy Ochoa Salas

CUADRO 15: AUDITORÍAS DE CASO – COMITÉ DE AUDITORÍA MÉDICA 2023

1	Fecha de Informe auditoría	N° de Informe de Auditoría	Fecha de Informe de Calidad	Documento que se remite al Informe de Auditoría
1	14/03/2023	Informe N° 01-2023-CAM-HNDAC	21/03/2023	Informe N° 49-2023-HNDAC/OGC
2	06/06/2023	Informe N° 02-2023-CAM-HNDAC	06/06/2023	Informe N° 105-2023-HNDAC/OGC
3	12/09/2023	Informe N° 03-2023-CAM-HNDAC	13/09/2023	Informe N° 171-2023-HNDAC/OGC
4	19/09/2023	Informe N° 04-2023-CAM-HNDAC	20/09/2023	Informe N° 1732023-HNDAC/OGC
5	11/10/2023	Informe N° 05-2023-CAM-HNDAC	11/10/2023	Informe N° 186-2023-HNDAC/OGC
6	15/11/2023	Informe N° 06-2023-CAM-HNDAC	16/11/2023	Informe N° 210-2023-HNDAC/OGC
7	15/11/2023	Informe N° 07-2023-CAM-HNDAC	21/11/2023	Informe N° 212-2023-HNDAC/OGC


 E. FIGUEROA C.

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

a. Plan Anual de Seguridad del Paciente 2023: La Oficina de Gestión de la Calidad desarrolló el Plan de Seguridad del Paciente 2023 cumpliendo con sus actividades programadas, como: Rondas de Seguridad del Paciente en los Servicios priorizados con énfasis en la práctica de higiene de manos, monitoreo e implementación de la Higiene de Manos y Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía, con el fin de fortalecer y dar prioridad a la prevención de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud, de acuerdo a la normatividad vigente. Asimismo, se salvaguardó la seguridad de los pacientes efectuando una gestión adecuada de riesgos, desplegando buenas prácticas de atención acorde con el conocimiento científico disponible, sensibles a los valores, expectativas y preferencias de los pacientes, vinculadas al reconocimiento y análisis de los Eventos Adversos, aprendiendo de ellos y aplicando estrategias que minimicen el riesgo de su ocurrencia. En el presente Plan de Seguridad del Paciente se ejecutaron las siguientes actividades:

b. Asesorar en la elaboración de Documentos Técnicos para el fortalecimiento de buenas prácticas de atención: Se realizó el asesoramiento técnico sobre la elaboración del Plan de Auditoría del Departamento de Ginecología y Obstetricia, así como se efectuó el Levantamiento de Observaciones del Informe de Autoevaluación de Auditoría del Consejo Nacional de Residentado Médico (CONAREME).

Con Informe N° 159-2023-HNDAC-OGC, de fecha 23 de agosto del 2023, se remitió a la Dirección General el Informe sobre el curso Taller: Herramientas y Técnicas de Calidad para la mejora de Procesos y Gestión de Riesgos en las prestaciones de Servicios de Salud, en el cual participaron 85 servidores.

Rondas de Seguridad del Paciente en los Servicios priorizados con énfasis en la práctica de higiene de manos: De acuerdo a lo establecido en la Directiva Sanitaria de Rondas de Seguridad del Paciente para la Gestión del Riesgo en la





 ING. TAPIA G.






 J. BURGOS H.

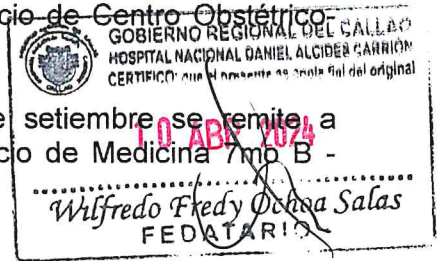
	PLAN	PLAN OGC-001
	Plan Anual de Gestión de la Calidad en Salud - 2024 Hospital Nacional "Daniel Alcides Carrión"	Edición N° 13 Página 32 de 63


Atención de Salud, el Equipo de Ronda de Seguridad del HNDAC realizó las adecuaciones necesarias y se consideró priorizar la evaluación de algunas buenas prácticas de atención como la aplicación de las barreras de bioseguridad y la seguridad en el uso de medicamentos.

La ejecución de las rondas de seguridad se comunicó con un mínimo de 24 horas de anticipación al Equipo de Rondas de Seguridad mediante memorándums de la Dirección Adjunta de Gestión Clínica y el mismo día de manera telefónica al responsable del servicio a visitar, una vez que se identificó al servicio mediante sorteo o por reporte de un evento adverso. El día previsto, inicialmente, el equipo Ronda de Seguridad se reunió en la Sala de Dirección General para dar inicio a la ronda y recordarles la metodología de evaluación, verificar el correcto uso del instrumento de aplicación (listas de chequeo elaboradas por la OGC y adecuadas a la DS 092-MINSA/2020/DGAIN) y al finalizar la ronda se firmó el acta en señal de conformidad por todos los participantes de la Ronda de Seguridad.

Se realizaron 12 Rondas de Seguridad en el presente año, según se indica:

- Informe N°25-2023-HNDAC/OGC, de fecha 24 de enero se remite a Dirección General el Informe de Ronda N°01- Área de atención Medicina 7mo A - Dpto. Medicina.
- Informe N°35-2023-HNDAC/OGC, de fecha 21 de febrero se remite a Dirección General el Informe de Ronda N°02 - Servicio de Traumatología 8vo. A - Dpto. Cirugía.
- Informe N°53-2023-HNDAC/OGC, de fecha 14 de marzo se remite a Dirección General el Informe de Ronda N°03- Servicio de Emergencia Adultos -Dpto. de Emergencia y Cuidados Críticos.
- Informe N°88-2023-HNDAC/OGC, de fecha 11 de abril se remite a Dirección General el Informe de Ronda N°04- Servicio Emergencia Pediátrica. Dpto. de Emergencia y Cuidados Crítico-Dpto. de Pediatría.
- Informe N°102-2023-HNDAC/OGC, de 16 de mayo se remite a Dirección General el Informe de Ronda N°05- Servicio de Cirugía 4to A. Dpto. de Cirugía.
- Informe N°118-2022-HNDAC/OGC, de 13 de junio se remite a Dirección General en informe de Ronda N°06- Servicio de Ginecología y Obstetricia- Sala Santa Rosa -Dpto. de Ginecología y Obstetricia.
- Informe N°143-2023-HNDAC/OGC, de fecha 31 de julio se remite a Dirección General el Informe de Ronda N°07- Servicio de Hospitalización de Oncología - Dpto. de Oncología.
- Informe N°162-2023-HNDAC/OGC, de fecha 29 de agosto se remite a Dirección General el Informe de Ronda N°08 - Servicio de Centro Obstétrico- Dpto. Ginecología Y Obstetricia.
- Informe N°179-2023-HNDAC/OGC, de fecha 28 de setiembre se remite a Dirección General el Informe de Ronda N°09- Servicio de Medicina 7mo B - Dpto. de Medicina.



	PLAN	PLAN OGC-001
	Plan Anual de Gestión de la Calidad en Salud - 2024 Hospital Nacional "Daniel Alcides Carrión"	Edición N° 13
		Página 33 de 63

- Informe N°201-2023-HNDAC/OGC, de fecha de octubre se remite a Dirección General el Informe de Ronda N°10- Servicio Hospitalización Pediátrica. Dpto. de Pediatría.
- Informe N°213-2023-HNDAC/OGC, de 24 de noviembre se remite a Dirección General el Informe de Ronda N°11- Servicio de Cirugía Pediátrica. Dpto. de Cirugía.
- Informe N°217-2022-HNDAC/OGC, de 19 de diciembre se remite a Dirección General en informe de Ronda N°12- Servicio de Neuro-Cirugía-Dpto. de Cirugía.



Se cumple con el indicador de Ronda de Seguridad del Segundo semestre:

IV TRIMESTRE: 100 %

03 RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE APLICADAS X 100

03 RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PROGRAMADAS

Hospitalización pediátrica+ Hosp. Cirugía Pediátrica + Hospitalización Neurocirugía x 100

3

% de cumplimiento IV Trimestre = 3 x 100/3 = 100%

ANUAL: 100%

12 RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE APLICADAS X 100

12 RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PROGRAMADAS

- d. **Seguimiento de la implementación de las recomendaciones de las Rondas de Seguridad:** Se realizó el seguimiento de la implementación de las recomendaciones de las Rondas de Seguridad, por cuyo motivo se remitió el informe con el Monitoreo de Acciones Correctivas de Rondas de Seguridad del Paciente, según Informe N°08-2023- HNDAC/OGC, de fecha 12 de enero del 2023.


De acuerdo al seguimiento realizado se muestra el porcentaje de avance de las recomendaciones:

CUARTO TRIMESTRE:

NÚMERO DE ACCIONES DE MEJORA IMPLEMENTADAS X 100

NÚMERO DE ACCIONES DE MEJORA PROPUESTAS



	PLAN	PLAN OGC-001
	Plan Anual de Gestión de la Calidad en Salud - 2024 Hospital Nacional "Daniel Alcides Carrión"	Edición N° 13
		Página 34 de 63

Servicio	Cálculo del Indicador
Hospitalización Pediátrica	82%
Hospitalización Cirugía Pediátrica	82%
Hospitalización Neurocirugía	74%
% de Acciones Implementadas	79.3%



El promedio de las 12 rondas realizadas obtuvo una implementación del 55% de las recomendaciones. Asimismo, se remite informe del II semestre de Rondas de seguridad según informe N°005-2024-HNDAC/OGC del 09 de enero, y con informe N°004-2024-HNDAC/OGC se remite a la Dirección General el Monitoreo del II Semestre de las Acciones Correctivas de Rondas de Seguridad del Paciente

6.3.6 Mejorar y mantener las prácticas seguras en la atención del paciente, mediante el cumplimiento de la higiene de manos


- a. **Monitoreo de la Implementación de la Guía Técnica para el Proceso de Higiene de Manos en el HNDAC:** Se realizó el monitoreo de la implementación de la Guía Técnica para el Proceso de Higiene de Manos en el HNDAC, se realizó el proceso de promoción de la higiene de manos conmemorándose el Día Nacional y Mundial por ello se realizaron diferentes actividades como el

Plan de trabajo de para la promoción de la Higiene de Manos, Campaña por el Día Nacional y Mundial.


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

En el IV trimestre se realizó la medición de la Adherencia de la Higiene de Manos, que se detallan en los respectivos informes que a continuación se indican:

Se muestra en el gráfico N°1 la adherencia de Higiene de Manos, que es evaluada mensualmente, en este trimestre se remitieron los siguientes informes: En el mes de octubre no se realizó medición de higiene de manos; Informe N°225-2023-HNDAC/OGC. Informe de resultados de la Adherencia a la higiene de manos - noviembre; informe N.° 19-2024-HNDAC/OGC Informe de resultados de la Adherencia a la higiene de manos – diciembre. Estos resultados corresponden a las Unidades de Cuidados Intensivos Pediátrica y Neonatal.

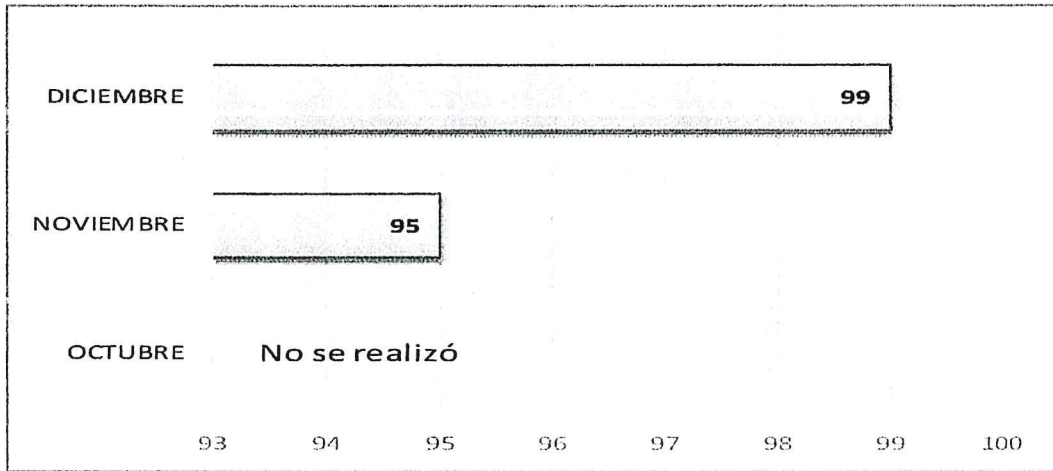

 Wilfredo Fredy Ochoa Salas
 FEDATARIO



	PLAN	PLAN OGC-001
	Plan Anual de Gestión de la Calidad en Salud - 2024 Hospital Nacional "Daniel Alcides Carrión"	Edición N° 13
		Página 35 de 63

Como se observa el promedio de adherencia en el cuarto trimestre fue de **97 %**

GRÁFICO 3: ADHERENCIA DE HIGIENE DE MANOS / MESES - IV TRIMESTRE 2023



El promedio anual de la higiene de manos fue de **85%**

Un aspecto de relevancia es que las mediciones realizadas se basan fundamentalmente en los servicios de Hospitalización de Cirugía (4to A y 4to B) y Las unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos y Neonatales de manera regular hasta el mes de setiembre y luego sólo ha realizado mediciones en los servicios de Cuidados Intensivos Pediátricos y Neonatales.

Asimismo, la discontinuidad de la provisión de los insumos básicos para la higiene de manos: papel y jabón siendo este un factor determinante para la adherencia a la higiene de manos.

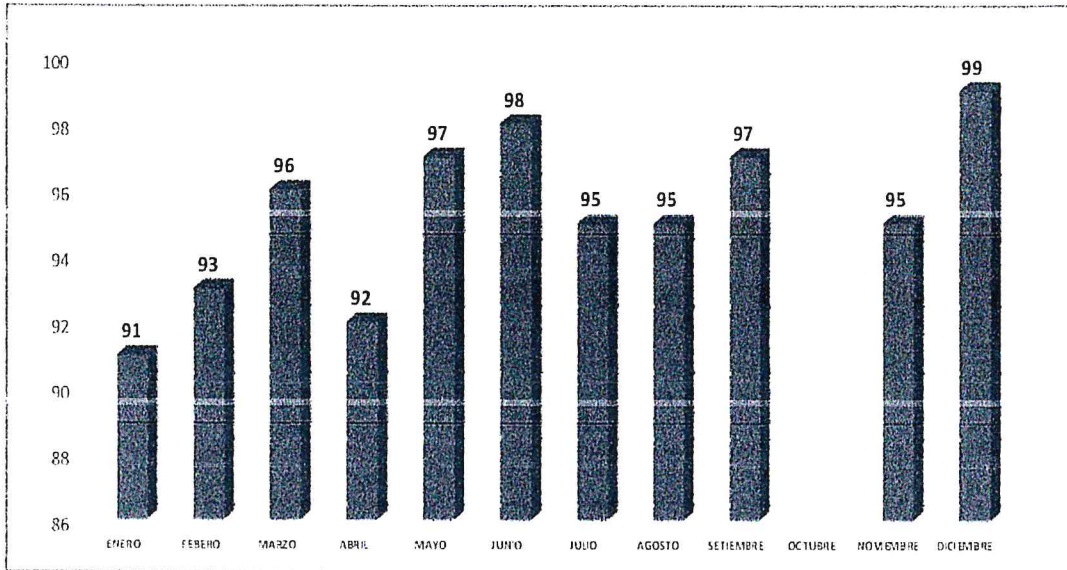


GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO
HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN
CERTIFICO que el presente es copia fiel del original

10 ABR 2024

Wilfredo Fredy Ochoa Salas
FEDATARIO

GRÁFICO 4: ADHERENCIA DE HIGIENE DE MANOS - 2023



El promedio anual de la higiene de manos fue de **85%**

Se remite Informes mensuales de la Adherencia de Higiene de manos 2023 así como trimestrales:

- Informe de resultados de la Adherencia a la Higiene de Manos I Trimestre. Informe N.º 66-2023-HNDAC/OGC.
- Informe de resultados de la Adherencia a la Higiene de Manos II Trimestre. Informe N.º 130-2023-HNDAC/OGC.
- Informe de resultados de la Adherencia a la Higiene de Manos III Trimestre. Informe N.º 194-2023-HNDAC/OGC.

6.3.7 Aplicar y evaluar la Lista de verificación de la Seguridad de la Cirugía en Centros Quirúrgicos de los establecimientos de salud que realicen intervenciones quirúrgicas

- a. **Aplicación de la Encuesta para evaluar la implementación de la "Lista de Verificación de Seguridad de la cirugía":** Se aplicó la encuesta para evaluar la implementación de la "Lista de Verificación de Seguridad de la cirugía", cuyos resultados sobre la aplicación de la lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía, correspondiente de al año 2022.


Se ha aplicado la encuesta según Informe N° 128-2023-HNDAC/OGC del I Semestre 2023, e Informe N°11-2024-HNDAC/OGC del II Semestre

Se han emitido los informes de la aplicación de LVSC, según la siguiente documentación, los resultados se encuentran en los informes respectivos

- Informe N°059-2023-HNDAC/OGC. Informe sobre la Aplicación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía - ENERO 2023.


 GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO
 HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN
 10 ABR 2024
 Wilfredo Fredy Ochoa Salas
 FEDATARIO



	PLAN	PLAN OGC-001
	Plan Anual de Gestión de la Calidad en Salud - 2024 Hospital Nacional "Daniel Alcides Carrión"	Edición N° 13
		Página 37 de 63

- Informe N°060-2023-HNDAC/OGC. Informe sobre la Aplicación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía - FEBRERO 2023.
- Informe N°069-2023-HNDAC/OGC Informe sobre la Aplicación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía - MARZO 2023.
- Informe N°103-2023-HNDAC/OGC. Informe sobre la Aplicación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía - ABRIL 2023.
- Informe N°119-2023-HNDAC/OGC Informe sobre la Aplicación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía - MAYO 2023.
- Informe N°132-2023-HNDAC/OGC Informe sobre la Aplicación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía - JUNIO 2023.
- Informe N°156-2023-HNDAC/OGC. Informe sobre la Aplicación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía - JULIO 2023.
- Informe N°178-2023-HNDAC/OGC. Informe sobre la Aplicación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía - AGOSTO 2023.
- Informe N°193-2023-HNDAC/OG. Informe sobre la Aplicación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía - SETIEMBRE 2023

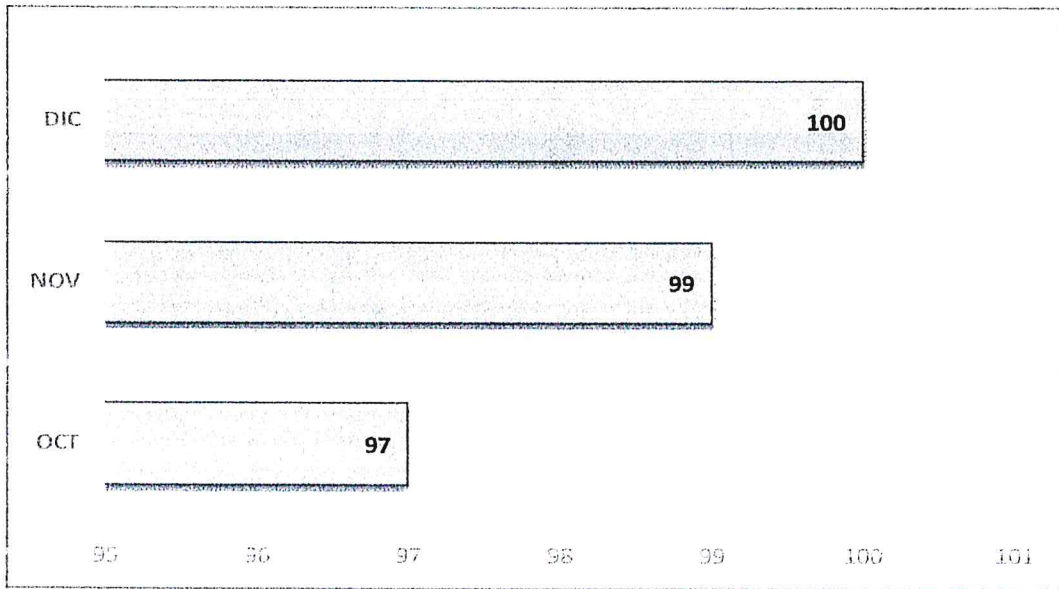
Los correspondientes al IV trimestre son como sigue:

- Informe N° 215-2023-HNDAC/OGC. Informe sobre la Aplicación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía - OCTUBRE 2023.
- Informe N°012-2024-HNDAC/OGC. Informe sobre la Aplicación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía - NOVIEMBRE 2023.
- Informe N°013-2024-HNDAC/OGC. Informe sobre la Aplicación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía - DICIEMBRE 2023.

Según la evaluación realizada se observó que en promedio el cumplimiento de la aplicación de la LVSC en Cirugías Electivas en el IV trimestre fue de **98.6%**.

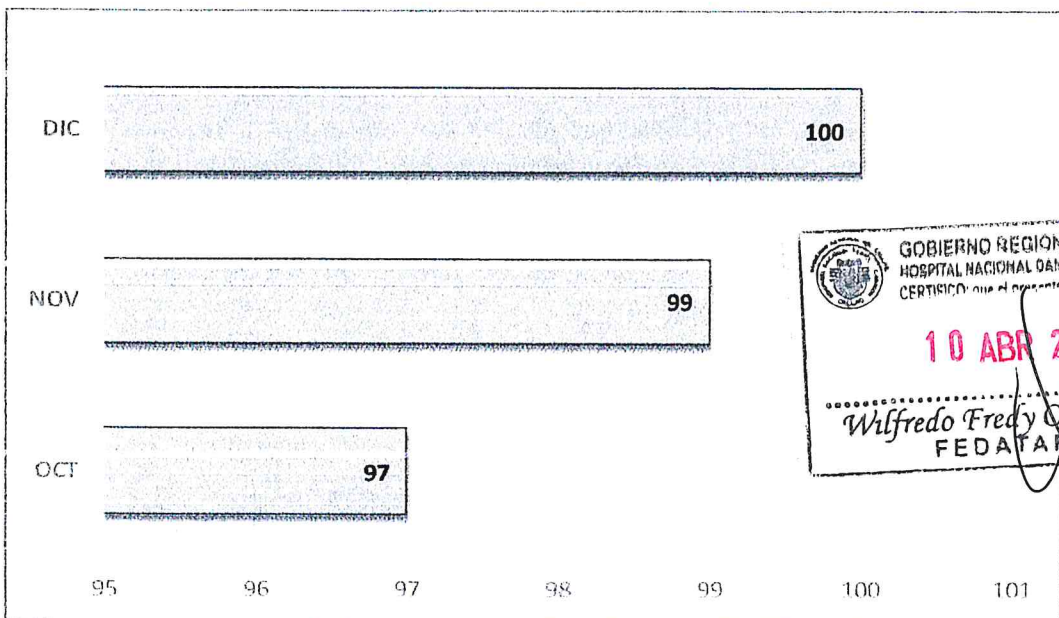


GRÁFICO 5: PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LA APLICACIÓN DE LA LVSC, SEGÚN MESES – CIRUGÍAS ELECTIVAS, IV TRIMESTRE-2023



Como se observa en la gráfica N°3, se muestra el número de cirugía realizada vs, el número de LVSC aplicadas

GRAFICO 6: PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LA APLICACIÓN DE LVSC SEGÚN MESES – CIRUGÍAS EMERGENCIAS - IVTRIMESTRE -2023



GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO
HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN
CERTIFICADO que el presente es copia fiel del original
10 ABR 2024
Wilfredo Freddy Ochoa Salas
FEDATARIO



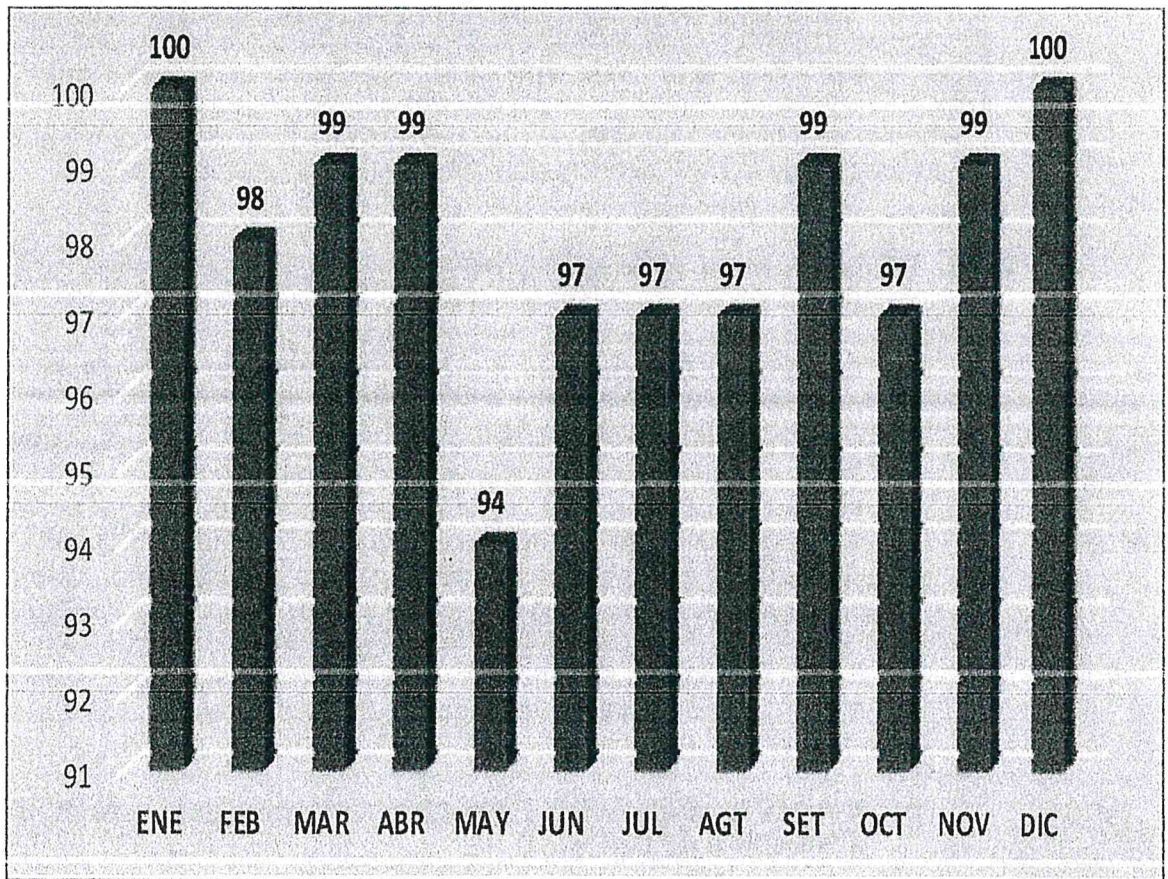
Según la evaluación realizada se observó que en promedio el cumplimiento de la aplicación de la LVSC en Cirugías Emergencia en el IV trimestre fue de **93.6%**.

b. **Evaluación de la adecuada aplicación de la Lista de verificación de la Seguridad de la Cirugía Segura:** En el 2023 se realizó el monitoreo mensual del cumplimiento de la aplicación de la Lista de Verificación de la Seguridad Cirugía (LVSC) en los Centros Quirúrgicos de Electivas y Emergencia, lo cual se evidencia en los Informes trimestrales que se remiten a la Dirección General, Departamentos de Especialidades Quirúrgicas, Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico y Departamento de Enfermería.

En ese contexto, se remitieron los informes de la aplicación de LVSC conteniendo los resultados de la evaluación realizada en el año 2023, como se indica en los gráficos del IV trimestre y Anual 2023 donde se observó que en promedio el cumplimiento de la aplicación de la LVSC en el IV trimestre fue de **98%**.



GRÁFICO 7: PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LA APLICACIÓN DE LA LVSC MESES- CIRUGÍAS ELECTIVAS - ANUAL -2023

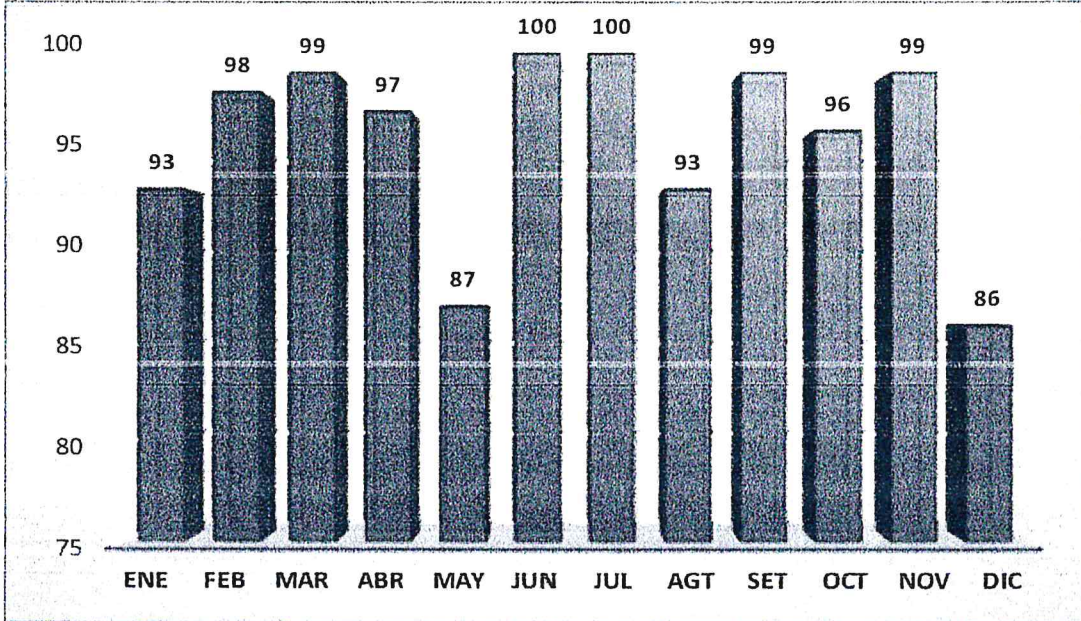


Según la evaluación realizada se observó que en promedio el cumplimiento de la aplicación de la LVSC en Cirugías Electivas anual fue de **98.00%**




GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO
HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRION
 CERTIFICADO: que el presente documento es copia del original.
10 ABR 2024
Wilfredo Freddy Quiroga Salas
 FEDATARIO

GRÁFICO 8: PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LA LVSC SEGÚN MESES – CIRUGÍAS EMERGENCIA – ANUAL 2023



Según la evaluación realizada se observó que en promedio el cumplimiento de la aplicación de la LVSC en Cirugías Emergencia anual fue de **95.5%**.

6.3.8 Disponer de un sistema gestión de riesgos en los servicios priorizados a través del registro y análisis periódico de incidentes y eventos adversos


- a. **Difundir la Directiva de Registro, Notificación y Análisis de eventos adversos en el HNDAC:** Se realizaron doce Rondas de Seguridad del Paciente 2023 programadas en el Plan Anual de Gestión de la Calidad 2022, en cumplimiento al convenio de Gestión 2022 - ficha 24, con la cual se ha realizado la difusión de la notificación de eventos adversos en los servicios donde se ha llevado a cabo las referidas Rondas de Seguridad. Asimismo, se ha realizado la difusión de la notificación de eventos adverso en los servicios donde se ha llevado a cabo las Rondas de Seguridad.

En las Rondas de Seguridad se evalúa la notificación de eventos adversos, así como se recuerda los aspectos de la Directiva interna aprobada y vigente.


- b. **Recopilar, consolidar y clasificar la información sobre los eventos adversos notificados**

En las Rondas de Seguridad se evalúa la notificación de eventos adversos, así como se recuerda los aspectos de la Directiva interna aprobada y vigente.

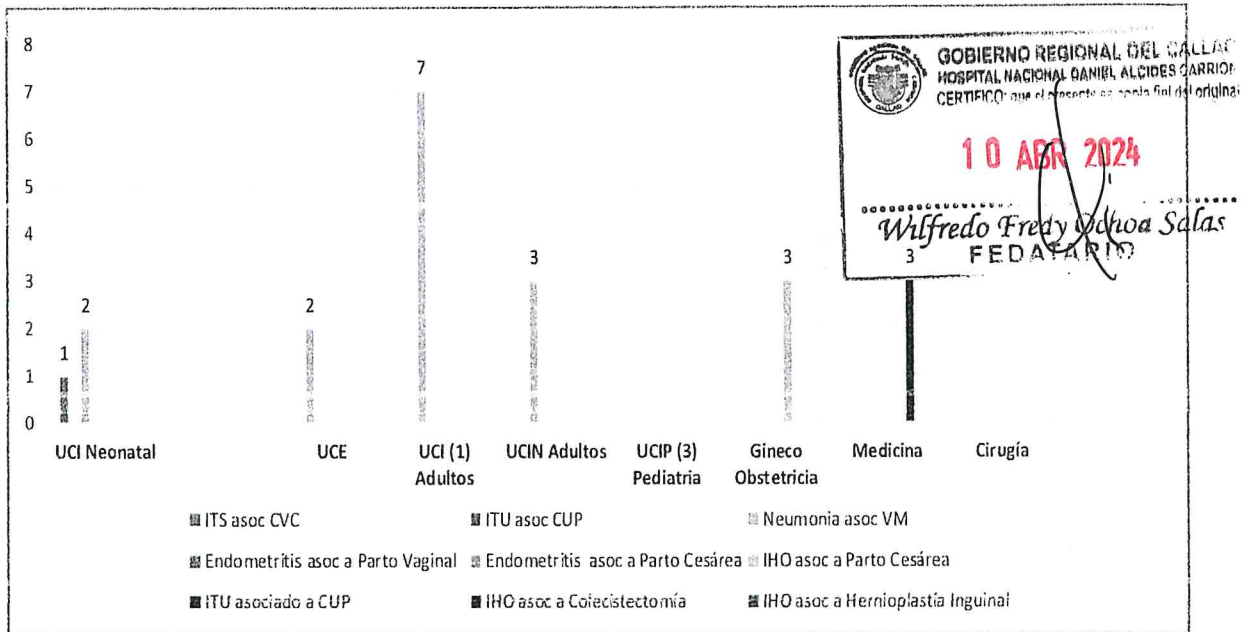
El número total de eventos reportados en el IV trimestre fue de 31 casos es importante mencionar que 21 de los reportes (68%) corresponden a infecciones asociadas a la atención de salud, 8 (26%) fugas, 2 (6%) caídas.


GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO
HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN
 CERTIFICADO que el presente es una copia fiel del original
12 de Mayo del 2024
Wilfredo Freddy Ochoa Salas
REDATARIO



	PLAN	PLAN OGC-001
	Plan Anual de Gestión de la Calidad en Salud - 2024 Hospital Nacional "Daniel Alcides Carrión"	Edición N° 13
		Página 41 de 63

**GRÁFICO 9: CASOS REPORTADOS DE EVENTOS ADVERSOS/SERVICIO.
(INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE SALUD) IV TRIMESTRE – 2023**



En el IV trimestre se reportaron 38 casos, de los cuales 31 de los reportes (82%) corresponden a infecciones asociadas a la atención de salud, 3 (8%) fugas, 4 (11%) caídas.

GRÁFICO 10: CASOS REPORTADOS DE EVENTOS ADVERSOS/SERVICIO (FUGAS, CAÍDAS Y OTROS) - IV TRIMESTRE 2023- HNDAC

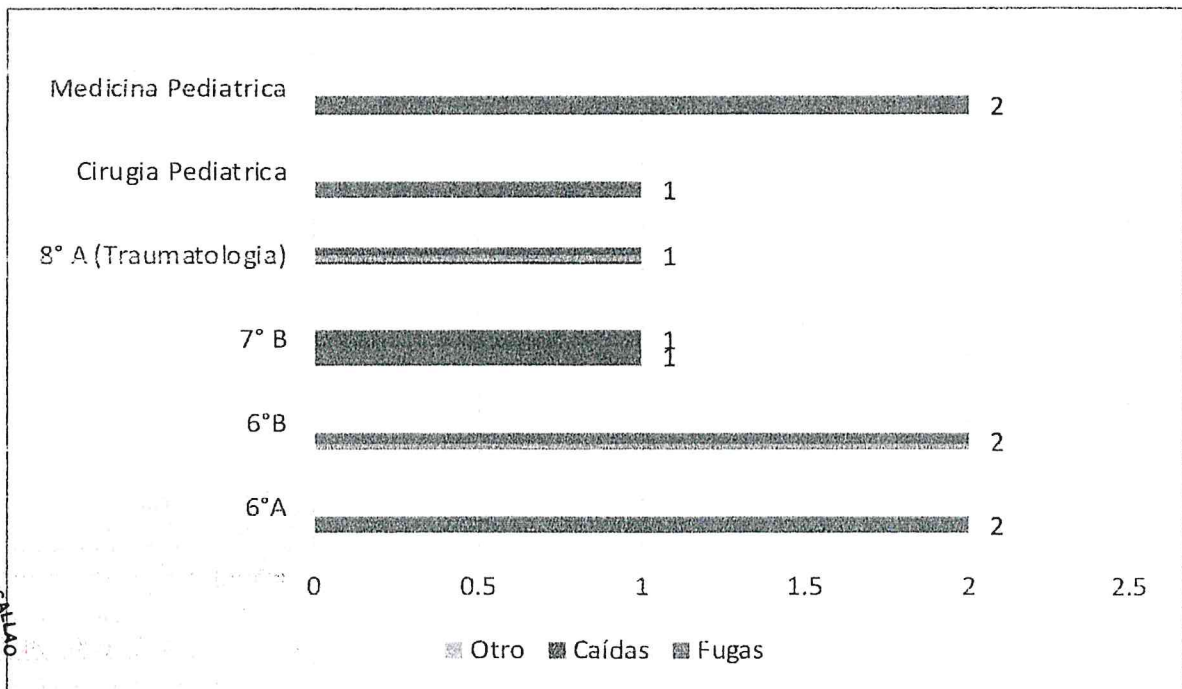
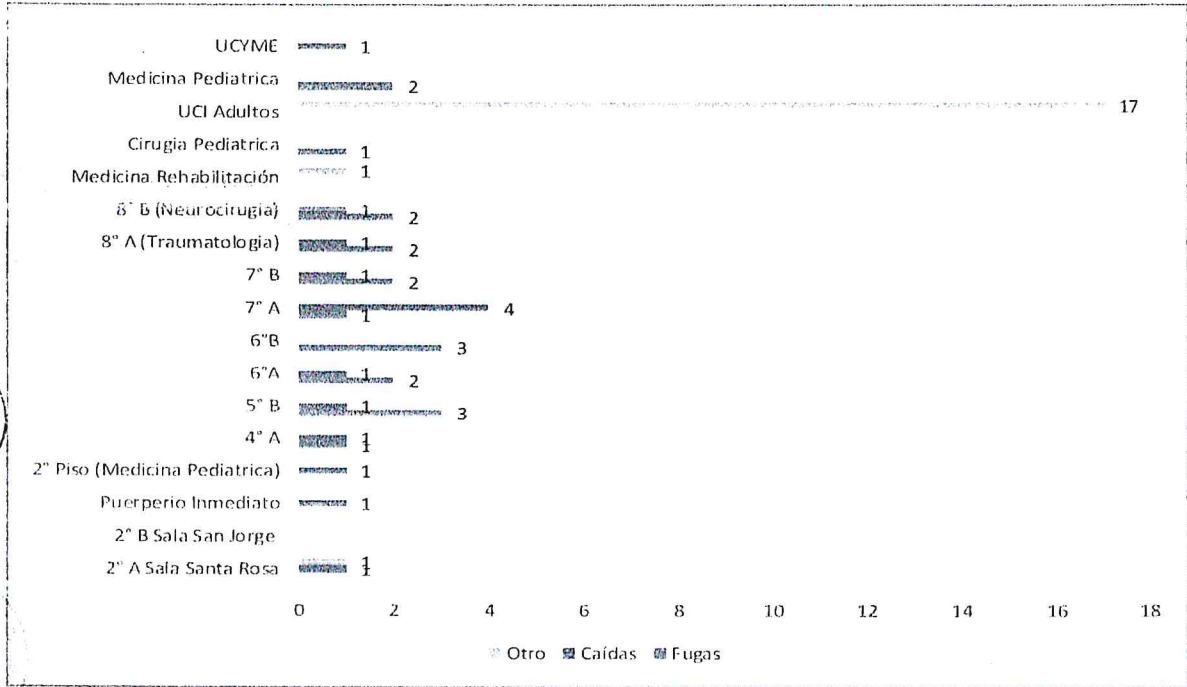
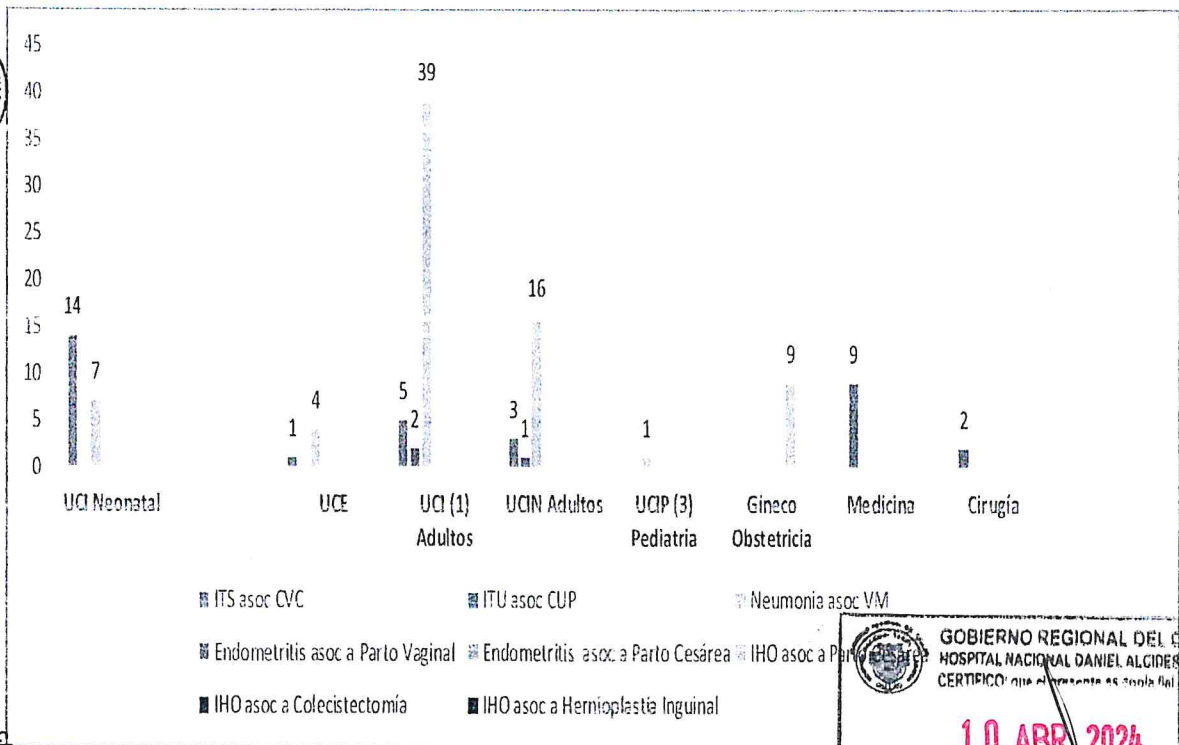


GRÁFICO 11: CASOS REPORTADOS DE EVENTOS ADVERSOS/ SERVICIO (INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE SALUD)-ANUAL 2023- HNDAC




E. FIGUEROA C.

GRÁFICO 12: CASOS REPORTADOS DE EVENTOS ADVERSOS/ SERVICIO (FUGAS CAÍDAS Y OTROS) - ANUAL 2023- HNDAC





ING. TAPIA G.


H. DIAZ


OFICINA EJECUTIVA DE ADMINISTRACIÓN
H.N.D.A.C.


GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO
COMISIÓN EJECUTIVA DE GESTIÓN CLÍNICA
H.N.D.A.C.
J. BURGOS H.


GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO
HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN
CERTIFICO que el presente es copia fiel del original
10 ABR 2024
Wilfredo Fredy Deñoa Salas
FEDATARIO

	PLAN	PLAN OGC-001
	Plan Anual de Gestión de la Calidad en Salud - 2024 Hospital Nacional "Daniel Alcides Carrión"	Edición N° 13
		Página 43 de 63

Al término del periodo 2023 se reportaron en total 164 eventos adversos, de los cuales 112 (68%) correspondieron a Infecciones asociadas a la atención de salud; 19 (12%) fugas; 14 (9%) caídas y 19 (12%) otros

- c. **Eventos adversos centinela:** No se realizaron ningún análisis de evento adverso centinela por no haberse ningún caso.

Al término del periodo 2023 se reportaron en total 164 eventos adversos, de los cuales 112 (68%) correspondieron a Infecciones asociadas a la atención de salud; 19 (12%) fugas; 14 (9%) caídas y 19 (12%) otros.



6.3.9 Recuperar y ampliar competencias para desarrollar acciones de mejora y/o proyectos de mejora continua de la calidad

- a. **Brindar apoyo técnico para la elaboración de Acciones de Mejora en base a identificación de puntos críticos o resultados de mediciones**

Se ha realizado el seguimiento de las acciones de mejoras de los procesos observados en las Rondas de Seguridad del Paciente, brindando el apoyo técnico en la elaboración de Acciones de Mejora, previa identificación de puntos críticos o resultados de mediciones, al personal de los servicios donde se realiza las rondas de seguridad.



- b. **Capacitar a los Círculos de Calidad en el uso de las herramientas de Calidad para la mejora continua:** Se ha realizado el seguimiento de las acciones de mejoras de los procesos observados en las Rondas de Seguridad del Paciente, brindando el apoyo técnico en la elaboración de Acciones de Mejora, previa identificación de puntos críticos o resultados de mediciones, al personal de los servicios donde se realiza las rondas de seguridad. En el informe del II semestre se detalla el seguimiento realizado con Informe N°004-2024HNDAC/OGC en el cual se detalla el Monitoreo y acciones correctivas de las Rondas de Seguridad del paciente 2023.

Con Informe N° 114-2023-HNDAC-OGC, de fecha 22 de junio del 2023, se remitió a la Dirección General el Plan de Acciones de acuerdo a los macroprocesos priorizados en la autoevaluación 2022, conteniendo 63 criterios para ser implementados, los mismos que fueron remitidos por indicación de la Dirección General para su cumplimiento. También con Informe N° 223-2023-HNDAC/OGC se da respuesta a la Dirección General la Implementación del Plan de Acciones de Mejora 2023 de los Macroproceso Priorizados de los Resultados de la Autoevaluación 2022- HNDAC



- c. **Elaborar acciones de mejora y/o proyectos de mejora continua de la calidad:** Se ha realizado el seguimiento de las acciones de mejoras de los procesos observados en las Rondas de Seguridad del Paciente, el informe del II semestre cuenta con el detalle de seguimiento realizado. Informe N°004-2024HNDAC/OGC. Informe de Monitoreo y acciones correctivas de las Rondas de Seguridad del paciente 2023.



6.4 ANÁLISIS FODA-OGC DEL HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN

Las Estrategias 2024, 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 16. FODA PARA LA FORMULACIÓN DE LAS ESTRATEGIAS DEL PLAN DE GESTIÓN DE CALIDAD HNDAC 2024

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 mínimo recurso humano indispensable con perfil del cargo para el Equipo de Auditoría	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 las coordinación con las unidades orgánicas responsables de la ejecución de las mediciones de satisfacción del usuario externo	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, Analisis 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 Gulas de Práctica Clínica y Gulas de intervención de enfermería aprobadas y vigentes.
			A12. Limitaciones en la implementación conjunta de recomendaciones de Autoevaluación , Auditoría y Rondas de Seguridad


E. FIGUEROA C.



M.G. T. P. P. E.




OFICINA EJECUTIVA DE ADMINISTRACIÓN
H.N.D.A.C.


GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO
DIRECCIÓN DISTRITO DE GESTIÓN CLÍNICA
CALLAO
J. BURGOS H.

 GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO
HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN
CERTIFICADO que el presente es copia fiel del original
10 ABR 2024
Wilfredo Fredy Ochoa Salas
FEDATARIO

	PLAN	PLAN OGC-001
	Plan Anual de Gestión de la Calidad en Salud - 2024 Hospital Nacional "Daniel Alcides Carrión"	Edición N° 13
		Página 45 de 63

6.5 ESTRATEGIAS

- 6.5.1 Compromiso institucional en la implementación del Sistema de Gestión de Calidad en Salud.
- 6.5.2 Priorizar el proceso de Autoevaluación/Acreditación como una de los lineamientos de la Política Institucional.
- 6.5.3 Fortalecer el sistema de medición y análisis de la satisfacción del usuario externo y tiempo de espera.
- 6.5.4 Gestionar y fortalecer una cultura del buen trato en salud.
- 6.5.5 Priorizar la planificación y desarrollo de la auditoría de calidad en salud.
- 6.5.6 Promover la cultura de seguridad del paciente.
- 6.5.7 Fortalecer la gestión de riesgo clínico proactivo en la atención de salud
- 6.5.8 Fortalecer la gestión de riesgo clínico reactivo en la atención de salud.
- 6.5.9 Promover la implementación de los retos mundiales y metas internacionales para la Seguridad del paciente.
- 6.5.10 Promover acciones o proyectos de mejora continua de la calidad
- 6.5.11 Mejorar las competencias del personal de salud en aspectos relacionados a la seguridad del paciente.


 GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO
 HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN
 10 ABR 2024
 Wilfredo Freddy Ochoa Salas
 FEDATARIO




6.6 CRITERIO DE PROGRAMACIÓN

Para fines de desarrollar los criterios de programación, es importante señalar que nuestro Objetivo General está vinculado con el Objetivo Estratégico Institucional del PEI N° 2, que plantea: Garantizar la Atención Integral de los Servicio de Salud a la Población.

Igualmente las actividades programadas en el presente plan están relacionadas con las 9 actividades dispuestas en el CEPLAN para esta Oficina: Desarrollo del Sistema de Gestión de Calidad, Desarrollo del Proceso de Autoevaluación y Mejoramiento de los estándares para la Acreditación Hospitalaria, Identificación y Medición del grado de satisfacción de los usuarios externos en consulta externa, hospitalización y emergencia, Promoción de cultura de Buen Trato en salud, Monitoreo y Evaluación de Indicadores de Calidad de los Departamentos Clínicos, Auditoría para mejora de calidad de la atención de salud, Estandarización y documentación de las prácticas seguras en la atención del paciente, Gestión de riesgos en los servicios priorizados, Promoción e Implementación de acciones de mejora y/o proyectos de mejora continua de la calidad. En ese contexto se detalla los criterios de programación:



	PLAN	PLAN OGC-001
	Plan Anual de Gestión de la Calidad en Salud - 2024 Hospital Nacional "Daniel Alcides Carrión"	Edición N° 13
		Página 46 de 63


- 6.6.1 Elaboración del Plan de Gestión de la Calidad en Salud por el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión.
- 6.6.2 Implementación de la Autoevaluación del proceso de Acreditación en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión.
- 6.6.3 Evaluación de la satisfacción del usuario externo en los establecimientos de salud (a partir de categoría I-3)
- 6.6.4 Implementación de la Auditoría de la Calidad de la Atención en salud en los establecimientos de salud.
- 6.6.5 Implementación de las Rondas de Seguridad del Paciente para la gestión del riesgo en la atención de salud en los establecimientos de salud.
- 6.6.6 Implementación del proceso de higiene de manos en los establecimientos de salud.
- 6.6.7 Implementación de la Lista de verificación de la Seguridad de la Cirugía en Centros Quirúrgicos de los establecimientos de salud que realicen intervenciones quirúrgicas.
- 6.6.8 Implementación de mecanismos para el Registro, Notificación y Análisis de la ocurrencia de Incidentes y/o Eventos Adversos en Salud en los establecimientos de salud que realicen intervenciones quirúrgicas.
- 6.6.9 Implementación de los proyectos y/o acciones de mejora según normativa vigente, (a partir de categoría 1-3)



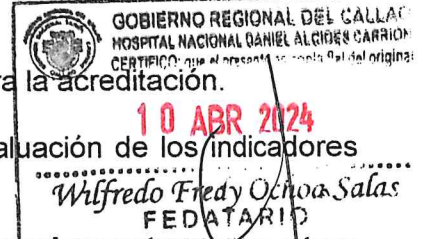
VIII. ACTIVIDADES

- O.E.1 **Desarrollar el Sistema de Gestión de la Calidad 2024 en el HNDAC y determinar en qué medida se está cumpliendo las metas de calidad contenidos en el Plan anual de Gestión de la Calidad 2024 del HNDAC**
 - a. Elaborar y aprobar el Plan de Gestión de la Calidad en el HNDAC 2024.
 - b. Difundir y socializar el Plan de Gestión de la Calidad 2024.
 - c. Monitorear el cumplimiento del Plan de Gestión de la Calidad 2023-2024
 - d. Fortalecer las competencias del personal de la institución en Gestión de la Calidad en Salud.
 - e. Difundir las Políticas y lineamientos del Ministerio de Salud y la DIRESA Callao para la Gestión de la Calidad.
- O.E.2 **Desarrollar el proceso de autoevaluación y mejoramiento de los estándares para la acreditación hospitalaria, e Implementar los procesos de monitoreo y evaluación de los Indicadores de Calidad.**



	PLAN	PLAN OGC-001
	Plan Anual de Gestión de la Calidad en Salud - 2024 Hospital Nacional "Daniel Alcides Carrión"	Edición N° 13
		Página 47 de 63

- a. Desarrollar acciones de sostenibilidad del proceso de acreditación hospitalaria.
- b. Liderar el proceso de Autoevaluación 2024 para la acreditación.
- c. Implementar los procesos de monitoreo y evaluación de los indicadores de calidad.




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, así como promover una cultura del buen trato en salud

- 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.
- d. Difundir los derechos y deberes de las personas usuarias de los servicios de salud.
- e. 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.
- f. Capacitar en Buen Trato en la atención en Salud al personal de servicios priorizados.
- g. Elaborar un Plan de capacitación para promover la cultura de humanización en la atención de los pacientes.
- h. Fortalecer el Sistema de información, orientación y absolución de consultas y reclamos en salud.

O.E.4 Contribuir mediante la auditoría a mejorar la calidad de la atención en salud.

- a. Elaborar el Plan Anual de Auditoría de la Calidad de la atención en Salud 2024.
- b. Continuar con la Implementación de la Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud Versión 02.
- c. Capacitar al personal asistencial sobre la Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud Versión 02.



	PLAN	PLAN OGC-001
	Plan Anual de Gestión de la Calidad en Salud - 2024 Hospital Nacional "Daniel Alcides Carrión"	Edición N° 13
		Página 48 de 63

- d. Realizar auditorías de la calidad en salud (Auditorías de adherencia de GPC, otros)
- e. Realizar Auditorías de Gestión Clínica
- f. Efectuar el seguimiento del cumplimiento de las Recomendaciones de las Auditorías



O.E.5 Mejorar y mantener las prácticas seguras en la atención del paciente, mediante el cumplimiento de la higiene de manos, y la aplicación de la lista de verificación de seguridad de la cirugía.

- a. Elaborar el Plan Hospitalario de Seguridad del Paciente 2024.
- 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.



O.E.6 Mejorar y mantener las prácticas seguras en la atención del paciente, mediante el cumplimiento de la higiene de manos y la aplicación de la lista de verificación de seguridad de la cirugía.

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

O.E.7 Aplicar y Desarrollar la encuesta de la Lista de verificación de la Seguridad de la Cirugía en Centros Quirúrgicos


- a. Aplicar la encuesta para evaluar la implementación de la "Lista de Verificación de Seguridad de la cirugía".
- b. Evaluar la adecuada aplicación de la LVSC en los Centros Quirúrgicos.



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

- a. Difundir la Directiva de Registro, Notificación y Análisis de eventos adversos en el HNDAC.
- b. Recopilar, consolidar y clasificar la información sobre los eventos adversos notificados.
- c. Analizar los eventos adversos centinela y elaboración del informe.



	PLAN	PLAN OGC-001
	Plan Anual de Gestión de la Calidad en Salud - 2024 Hospital Nacional "Daniel Alcides Carrión"	Edición N° 13
		Página 49 de 63

O.E.9 Recuperar y ampliar competencias para desarrollar para desarrollar acciones y/o proyectos de mejora continua de la calidad

- a. Brindar apoyo técnico para la elaboración de Acciones de Mejora en base a identificación de puntos críticos o resultados de mediciones.
- b. Capacitar a los círculos de calidad en el uso de las herramientas de calidad para la mejora continua.
- c. Elaborar acciones de mejora y/o proyectos de mejora continua de la calidad

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) 2019-2026, se realizará en base a lo siguiente:

1. Porcentaje de cumplimiento del Plan de Gestión de la Calidad 2024.
2. Número de macroprocesos que han superado el 85% de criterios óptimos en el proceso de Autoevaluación.
3. Nivel de satisfacción del Usuario Externo – Resultado SERVQUAL y tiempos y movimientos.
4. Número de actividades para implementar una cultura del buen trato en salud.
5. Porcentaje del cumplimiento de los indicadores de calidad.
6. Porcentaje de cumplimiento de las auditorias de calidad en salud.
7. Porcentaje de cumplimiento de la implementación de higiene de manos.
8. Porcentaje de encuestas de la Lista de verificación de la Seguridad de la Cirugía en Centros Quirúrgicos.
9. Porcentaje de gestión de riesgos en los servicios priorizados a través del registro y análisis periódico de incidentes y eventos adversos.
10. Número de Proyectos y/Acciones de Mejora desarrollados



X. PERIODO DE VIGENCIA


Año 2024

GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO
HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN
CERTIFICO que el presente es copia fiel del original
10 ABR 2024
Wilfredo Freddy Ochoa Salas
FEDATARIO

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 la ejecución de dichas actividades. 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 2024 del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión.



	PLAN	PLAN OGC-001
	Plan Anual de Gestión de la Calidad en Salud - 2024 Hospital Nacional "Daniel Alcides Carrión"	Edición N° 13
		Página 50 de 63

CUADRO 17 : PRESUPUESTO DEL PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD-2024 HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN

GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO
 HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN
 10 ABR 2024
 Wifredo Fredy Pacheco Salas
 FEDATARIO

N°	CANTIDAD	UNIDAD	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO	SUB-TOTAL	TOTAL PARCIAL
I. BIENES						
I.1 Útiles de escritorio						
1	24	Unidades	Archivador palanca l/ancho 34x28.5x8.5cm	11.00	264.00	
2	12	Unidades	Borrador mixto l/mediano	1.00	12.00	
3	6	Rollos	Cinta adhesiva transparente	3.00	18.00	
4	24	Cajas	Clip estándar	2.00	48.00	
5	10	Cajas	Fastener	10.00	100.00	
6	250	Unidades	Folder manila t/a-4	0.50	125.00	
7	01	Unidad	Foliador	150.00	150.00	
8	06	Frascos	Goma blanca sintetica x 250 grs	4.50	27.00	
9	24	Cajas	Grapa 26/6 x 5000	5.00	120.00	
10	120	Unidades	Lapiz negro N° 2 c/borrador	1.00	120.00	
11	200	Unidades	Lapiceros de tinta azul	1.00	200.00	
12	01	Unidades	Mota	5.00	5.00	
13	21	Millares	Papel Bond A-4	30.00	630.00	
14	01	Unidad	Pizarra acrilica	300.00	300.00	
15	12	Unidades	Plumón de punta gruesa p/pizarra acrilica negro	6.50	78.00	
16	36	Unidades	Plumón de punta gruesa p/pizarra acrilica azul	6.50	234.00	
17	12	Unidades	Plumón de punta gruesa p/pizarra acrilica rojo	6.50	78.00	
18	03	Unidades	Sacagrapas	3.00	9.00	
19	60	Unidades	Sobre manila t/a-4	0.50	30.00	
20	3	Unidades	Tijera mediana para cortar papel	10.00	30.00	
21	20	Unidades	Tóner para impresora hp laser jet 1102 -85-a	300.00	6,000.00	
22	6	Rollos	Vinifan	6.00	36.00	
23	04	Unidades	Engrapadores	13.00	52.00	
24	04	Unidades	Perforadores	16.00	64.00	
II. SERVICIOS						S/. 15,450.00
4	1	Unidad	Trabajo de campo de la Medición de Tiempos y Movimientos - 2024	5,150.00	5,150.00	
5	2	Unidades	Trabajo de campo de la Encuesta de Satisfacción del Usuario Externo (SERQUAL Modificado) 2024	5,150.00	10,300.00	
II. ACTIVO FIJO						S/. 16,600.00
1	1	Unidad	Estante de tres niveles de melamine con ángulos o escuadra	1,000.00	1,000.00	
2	3	Unidad	Equipo de computo con CPU, monitor lcd, estabilizador	5,200.00	15,600.00	
TOTAL GENERAL					S/. 40,780.00	


 E. FIGUEROA C.



 ING. TAPIA G.


 H.N.D.A.C.


 H.N.D.A.C.


 J. BURGOS H.

El presente presupuesto incluye los requerimientos generales de la Oficina de Gestión de la Calidad, así como el Plan de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud, Plan Hospitalario por la Seguridad del Paciente, Plan de Satisfacción del Usuario, Plan de Tiempos y Movimientos, Plan de Acreditación y Autoevaluación - 2024.

	PLAN	PLAN OGC-001
	Plan Anual de Gestión de la Calidad en Salud - 2024 Hospital Nacional "Daniel Alcides Carrión"	Edición N° 13
		Página 51 de 63

XII. RESPONSABLES DE LA ELABORACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN

- MC. ALBERTO SANTIAGO ZAPATA HERRERA
Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad
- MC. CÉSAR MOSTACERO CASTILLO
Coordinador de Auditoría del HNDAC
- LIC. ROSA ELENA ARROYO ALFARO
Jefe de Equipo de Apoyo Técnico OGC
- LIC. ROSA ELENA RIOS CONTRERAS
Jefe de Equipo de Garantía y Mejoramiento OGC



GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO
HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN
CERTIFICADO que el presente es copia fiel del original

10 ABR 2024

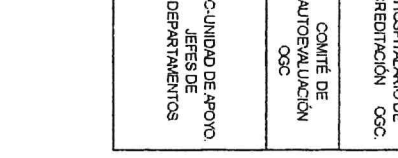
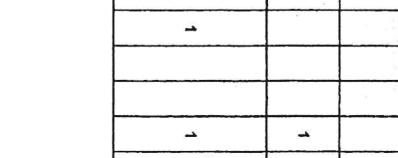
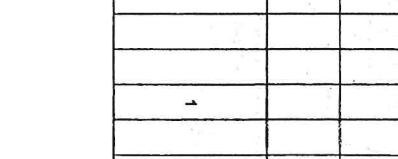
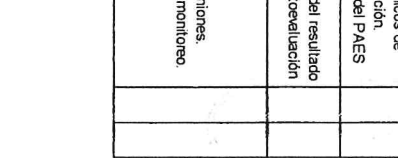
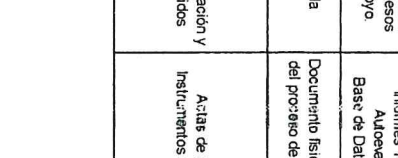
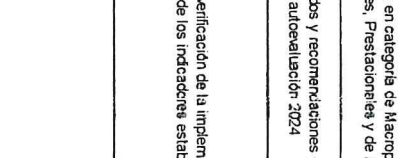
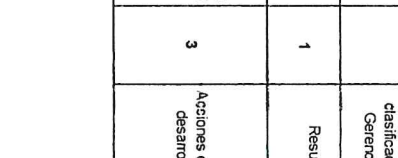
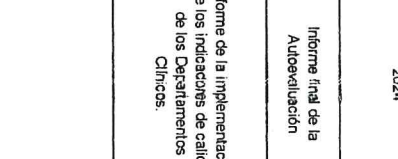
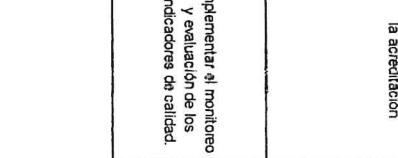
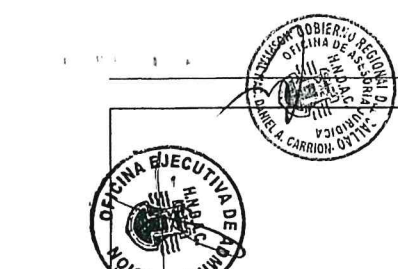
Wilfredo Frey Dcha Salas
FEDATARIO

PLAN ANUAL DE GESTION DE LA CALIDAD EN SALUD-2024
CUADRO DE ACTIVIDADES Y SUS ATRIBUTOS

UNIDAD ORGANICA: OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD
OBJETIVO ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL DEL PBI OIG 2: Garantizar la Atención Integral de los Servicio de Salud a la Población.
OBJETIVO GENERAL OGC: Contribuir al desarrollo del Sistema de Gestión de la Calidad en el HINDAC, 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.
ESTABLECIMIENTOS DE SALUD: Nivel III-1, Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión

N°	CRITERIO DE PROGRAMACIÓN	OBJETIVO ESPECÍFICO	ACTIVIDADES	UNIDAD DE MEDIDA	FACTORES DE CONCENTRACION	DENOMINACIÓN OPERACIONAL	RUBRO VERIFICACIÓN	REGISTR	CRONOGRAMA												RESPONSABLES								
									ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC									
E. FUERZA D.C.	Implementación de la Autoevaluación del Proceso de Acreditación de Paralelamente de salud (a partir de categoría I-1)	Desarrollar el proceso de autoevaluación y mejoramiento de los estándares para la acreditación hospitalaria e implementar los procesos de monitoreo y evaluación de los indicadores de calidad.	Desarrollar acciones de sostenibilidad del proceso de acreditación hospitalaria	Plan de acciones de mejora 2023	Informe	1	Documento mediante el cual se informan 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 2023.	Documento físico. Plan aprobado por la Dirección General para su implementación	1	1	1	1	1	1	1	1	COMITÉ HOSPITALARIO DE ACREDITACIÓN OGC												
																		Documento mediante el cual se informa del monitoreo de la mejora de los macroprocesos priorizados	Documento físico	1	1	1	1	1	1	1	1	1	COMITÉ DE ACREDITACIÓN OGC
																		Acciones y coordinaciones para convocar a nuevos evaluadores a quienes se les capacitarán y acreditarán.	Resolución de Equipo de Autoevaluadores	1	1	1	1	1	1	1	1	1	DIRECCION GENERAL OGC
																		Documento mediante el cual se establecen los objetivos y actividades de la autoevaluación	Documento físico y RD que lo aprueba	1	1	1	1	1	1	1	1	1	EQUIPO DE EVALUADORES INSTITUCIONAL OGC
																		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 P.A.E.S	1	1	1	1	1	1	1	1	1	EQUIPO EVALUADORES INSTITUCIONAL, COMITÉ HOSPITALARIO DE ACREDITACIÓN OGC.
																		Resultados y recomendaciones de la autoevaluación 2024	Documento físico del resultado del proceso de autoevaluación	1	1	1	1	1	1	1	1	1	COMITÉ DE AUTOEVALUACIÓN OGC
																		Informe final de la Autoevaluación	Actas de reuniones. Instrumentos de monitoreo	1	1	1	1	1	1	1	1	1	OCG-UNIDAD DE APOYO. JEFES DE DEPARTAMENTOS
																		Informe de la implementación de los indicadores de calidad de los Departamentos Clínicos.		1	1	1	1	1	1	1	1	1	
																		Proceso de autoevaluación 2024		3	3	3	3	3	3	3	3	3	
																		Liderar el proceso de Autoevaluación 2021 para la acreditación		3	3	3	3	3	3	3	3	3	

ING. TAPIA G





PLAN

Plan Anual de Gestión de la Calidad en Salud - 2024

Hospital Nacional "Daniel Alcides Carrión"

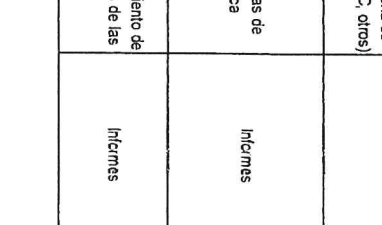
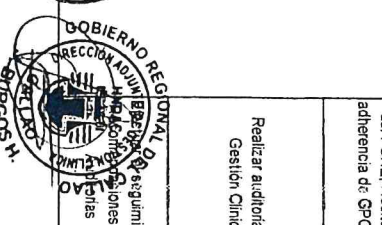
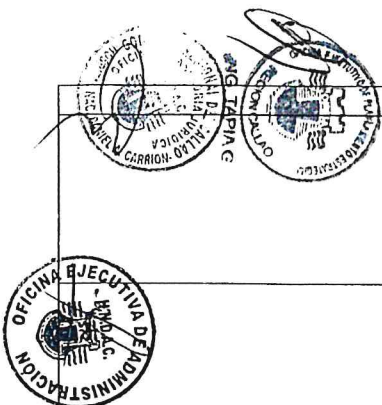
PLAN OGC-001
Edición N° 13
Página 56 de 63

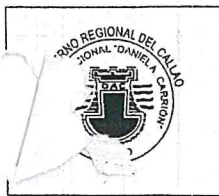
PLAN ANUAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD-2024
CUADRO DE ACTIVIDADES Y SUS ATRIBUTOS

UNIDAD ORGANICA: 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.
OBJETIVO GENERAL OGC: 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
ESTABLECIMIENTOS DE SALUD: Nivel III-4, Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión


GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO
HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN
 CERTIFICADO que el Presidente de la Junta Directiva del Hospital
10 ABR 2024
Wlfrido Freyre Pacheco Salas
FEDATARIO

N° PROGRAMACIÓN	CRITERIO DE PROGRAMACIÓN	DENOMINACIÓN				CRITERIOS DE PROGRAMACIÓN												RESPONSABLE										
		OBJETIVO ESPECÍFICO	ACTIVIDADES	UNIDAD DE MEDIDA	FACTOR DE CONCENTRACION	DEFINICIÓN OPERACIONAL	FUENTE Y VERIFICACIÓN	REGISTRO	BE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET		OCT	NOV	DC							
E.FIGUEROA C.	Implementación de la Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud en los establecimientos de salud.	Contribuir mediante la auditoría a mejorar la calidad de la atención en salud.	Elaborar el Plan Anual de Auditoría de la Calidad en Salud HNDAC 2024	Plan elaborado y aprobado	2	Recopilar información, analizarla, Definir la problemática. Redactar el plan. Gestionar su aprobación. Difundirlo	Documentos de trabajo y de gestión. Documento que contiene el Plan Anual. R.D.	1	1																OSG-UNIDAD DE AUDITORIA			
			Continuar con la Implementación de la Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud Versión 02.	Plan de trabajo elaborado por los Equipos de Auditoría Adscritos de acuerdo a temas priorizados.	5	Priorizar temas. Recopilar información, analizarla	Documentos de trabajo y de gestión.																			OSG-UNIDAD DE AUDITORIA, EQUIPOS DE AUDITORIA		
			Capacitar al personal asistencial sobre la Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud Versión 02.	Informes	2	Conjuntio de actividades que promuevan el conocimiento de la Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud Versión 02.	Cursos, talleres de capacitación, Informe de la capacitación.																				OSG-UNIDAD DE AUDITORIA, EQUIPOS DE AUDITORIA	
			Realizar auditorías de la calidad en salud (Auditoría del FONE, Auditoría de adherencia de GPC, otros)	Informes	2	Procedimiento sistemático y continuo del cumplimiento de estándares y requisitos de calidad buscando la mejora continua de los procesos de atención. Comprende auditorías de adherencia a guías de práctica, pertinencia médica entre otros.	Documentos de evaluación y Guías de Práctica Clínica o Guías de Intervención de Enfermería																					OSG-UNIDAD DE AUDITORIA, EQUIPOS DE AUDITORIA
			Realizar auditorías de Gestión Clínica	Informes	4	Auditoría que puede mejorar oportunidades de mejora en términos de efectividad, eficiencia, cobertura, costos, y otros. Comprende auditoría de registros, de procesos de gestión, de indicadores entre otros.	Informe auditoría, Actas de reunión																					OSG-UNIDAD DE AUDITORIA, EQUIPOS DE AUDITORIA
			Realizar auditorías de seguimiento de las actividades	Informes	2	Verificar la implementación de las recomendaciones indicadas en los Informes y/o Reportes de Auditoría según corresponda.	Informes de auditoría. Reportes de auditoría. Verificación documental. Actas de reunión																		OSG-UNIDAD DE AUDITORIA			





PLAN

PLAN OGC-001

Plan Anual de Gestión de la Calidad en Salud - 2024
Hospital Nacional "Daniel Alcides Carrión"

Edición N° 13

Página 59 de 63

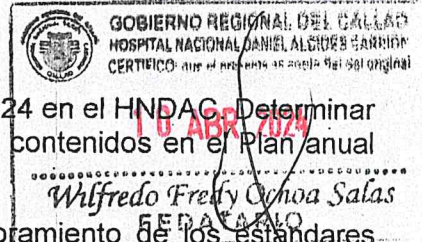
XIV. ANEXOS DEL PLAN ANUAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD-2024

ANEXO 1

OE.1 Desarrollar el Sistema de Gestión de la Calidad 2024 en el HNDAC. Determinar en qué medida se está cumpliendo las metas de calidad contenidos en el Plan anual de Gestión de la Calidad 2024 del HNDAC

O.E.2 Desarrollar el proceso de autoevaluación y mejoramiento de los estándares para la acreditación hospitalaria, e implementar el monitoreo y evaluación de los Indicadores de Calidad

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 y promover e implementar una cultura del buen trato en salud.




PRESUPUESTO PARA REALIZAR LAS ACTIVIDADES DE JEFATURA Y APOYO TECNICO OGC-2023
HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN



Table with 7 columns: N°, CANTIDAD, UNIDAD, DESCRIPCIÓN, PRECIO UNITARIO, SUB TOTAL, TOTAL PARCIAL. It lists various office supplies (I. BIENES) and services (II. SERVICIOS) with their respective quantities and costs.

El presente cuadro contiene el presupuesto de los requerimientos de la jefatura y Equipo de Apoyo Técnico. Plan de Satisfacción del Usuario Externo, Plan de Tiempos y Movimientos, Plan de Acreditación-Autoevaluación 2024.

	PLAN	PLAN OGC-001
	Plan Anual de Gestión de la Calidad en Salud - 2024 Hospital Nacional "Daniel Alcides Carrión"	Edición N° 13
		Página 60 de 63

PRESUPUESTO PARA EL PLAN DE ACREDITACIÓN - AUTOEVALUACIÓN - 2024
HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN

N°	CANTIDAD	UNIDAD	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO	SUB TOTAL	TOTAL
I. BIENES						S/. 749.00
I.1 Útiles de escritorio						
1	1	Cajas	fasters	10.00	10.00	
2	50	Unidades	Folderes A-4	0.50	25.00	
3	24	Unidades	Lapiceros azules	1.00	24.00	
4	3	Millar	Papel Bond A-4	30.00	90.00	
5	2	Unidades	Toner para impresora HP laser jet P110 2w	300.00	600.00	
TOTAL GENERAL					S/. 749.00	



El presente presupuesto está incluido en el presupuesto de la jefatura y del Equipo de Apoyo Técnico de la Oficina de Gestión de la Calidad.



PRESUPUESTO PARA REALIZAR EL TRABAJO DE CAMPO DEL PLAN PARA LA MEDICION DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO EXTERNO (SERVQUAL MODIFICADO) - 2024 - I Y II
HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN


N°	CANTIDAD	UNIDAD	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO	SUB TOTAL	TOTAL
I. BIENES						S/. 29.00
1	10	Unidades	Lapiceros azules	1.00	10.00	
2	2	Cajas	Clip estándar	2.00	4.00	
3	1/2	Millar	Papel Bond A-4	15.00	15.00	
II. SERVICIOS						S/. 10,300.00
1	02	Unidad	Trabajo de campo para la Encuesta de satisfacción del Usuario Externo (SERVQUAL Modificado) 2022	5,150.00	10,300.00	
TOTAL GENERAL					S/. 10,329.00	



El presente presupuesto está incluido en el presupuesto de la jefatura y del Equipo de Apoyo Técnico de la Oficina de Gestión de la Calidad.




GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO
HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN
 CERTIFICADO que el presupuesto es copia fiel del original
10 ABR 2024
Wilfredo Freddy Ochoa Salas
FEDATARIO

	PLAN	PLAN OGC-001
	Plan Anual de Gestión de la Calidad en Salud - 2024 Hospital Nacional "Daniel Alcides Carrión"	Edición N° 13
		Página 61 de 63

PRESUPUESTO PARA REALIZAR EL TRABAJO DE CAMPO DEL PLAN
PARA LA MEDICIÓN DE TIEMPOS Y MOVIMIENTOS - 2024
HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN

N°	CANTIDAD	UNIDAD	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO	SUB TOTAL	TOTAL
I. BIENES						S/. 23.00
I.1 Útiles de Escritorio						
1	04	Unidades	Lapiceros azules	1.00	4.00	
2	02	Cajas	Clip estándar	2.00	4.00	
3	1/2	Millar	Papel Bond A-4	15.00	15.00	
II. SERVICIOS						S/. 5,150.00
1	1	Unidad	Trabajo de campo de la Medición de Tiempos y Movimientos - 2023	5,150.00	5,150.00	
TOTAL GENERAL					S/. 5,173.00	



El presente presupuesto está incluido en el Presupuesto de la Jefatura y del Equipo de Apoyo Técnico de la Oficina de Gestión de la Calidad.



GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO
 HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN
 CERTIFICADO
10 ABR 2024
Wilfredo Fredy Ochoa Salas
 FEDATARIO



PLAN

PLAN OGC-001

Plan Anual de Gestión de la Calidad en Salud - 2024 Hospital Nacional "Daniel Alcides Carrión"

Edición N° 13

Página 62 de 63

ANEXO 2

O.E.4 Contribuir mediante la auditoría a mejorar la calidad de la atención en salud.

PRESUPUESTO DEL PLAN ANUAL DE AUDITORIA DE LA CALIDAD EN SALUD - 2024 HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN

N°	CANTIDAD	UNIDAD	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO	SUB TOTAL	TOTAL
I. BIENES						S/. 1,563.00
I.1 Útiles de escritorio						
1	08	Unidades	Archivador palanca l/ancho 34x28.5x8.5cm	11.00	88.00	
2	02	Cajas	Fasters	10.00	20.00	
3	80	Unidades	Folderes A-4	0.50	40.00	
4	3	Unidades	Borrador mixto T/mediano	1.00	3.00	
5	1	Unidad	Foliador	150.00	150.00	
	1	Unidad	Saca Grapas	3.00	3.00	
6	5	Cajas	Grapa 26/6 x 5000	5.00	25.00	
7	60	Unidades	Lapiceros azules	1.00	60.00	
8	40	Unidades	Lapiz negro N° 2c/ borrador	1.00	40.00	
9	7	Cajas	Clíp estándar	2.00	14.00	
11	04	Millar	Papel Bond A-4	30.00	120.00	
12	1	Unidades	Tijera mediana para cortar papel	10.00	10.00	
13	12	Unidades	Plumones para pizarra acrílica de color azul	6.50	78.00	
14	3	Unidad	Toner para impresora HP laser jet P110 2w	300.00	900.00	
15	2	Unidad	Vinifán	6.00	12.00	
II. ACTIVO FIJO						S/. 5,200.00
1	01	Unidad	Equipo de computo con CPU, monitor LCD, estabilizador	5,200.00	5,200.00	
TOTAL GENERAL						S/. 6,763.00



El presente presupuesto está incluido en el Presupuesto General de la Oficina de Gestión de la Calidad.

GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO
HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN
CERTIFICADO que el presente es copia fiel del original.

10 ABR 2024

Wilfredo Fredy Ochoa Salas
FEDATARIO

ANEXO 3


O.E.5 Mejorar y mantener las prácticas seguras en la atención del paciente, mediante el cumplimiento de la higiene de manos y la aplicación de la lista de verificación de seguridad de la cirugía.

O.E.6 Mejorar y mantener las prácticas seguras en la atención del paciente, mediante el cumplimiento de la higiene de manos.


O.E.7 Aplicar y evaluar la Lista de verificación de la Seguridad de la Cirugía en Centros Quirúrgicos de los establecimientos de salud que realicen intervenciones quirúrgicas.

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

O.E.9 Recuperar y ampliar competencias para desarrollar acciones de mejora y/o proyectos de mejora continua de la calidad


 GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO
 HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN
 CERTIFICADO que en posesión de copia fiel del original

Whifredo Fredy Ochoa Salas
 FEDATARIO


 GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO
 HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN
 CERTIFICADO que en posesión de copia fiel del original

10 ABR 2024
Whifredo Fredy Ochoa Salas
 FEDATARIO

**PRESUPUESTO DEL PLAN HOSPITALARIO POR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE 2024
Y ACTIVIDADES DE MEJORA CONTINUA DE LA LOCALIDAD
HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN**


 E. FIGUEROA C.

N°	CANTIDAD	UNIDAD	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO	SUB TOTAL	TOTAL PARCIAL
II. BIENES						S/. 1,667.00
1.1 Útiles de escritorio						
1	6	Unidades	Archivador palanca l/ancho 34x28.5x8.5cm	11.00	66.00	
2	3	Cajas	fasters	10.00	30.00	
3	70	Unidades	Foldees A-4	0.50	35.00	
4	4	Unidades	Borrador mixto T/mediano	1.00	4.00	
5	60	Unidades	Lapiceros azules	1.00	60.00	
6	40	Unidades	Lapiz negro N° 2c/ borrador	1.00	40.00	
7	5	Cajas	Grapa 26/6 x 5000	5.00	25.00	
8	1	Unidad	Mota	5.00	5.00	
9	6	Cajas	Clip estándar	2.00	12.00	
10	3	Millar	Papel Bond A-4	30.00	90.00	
12	1	Unidades	Tijera mediana para cortar papel	10.00	10.00	
13	12	Unidades	Plumones para pizarra acrílica azul	6.50	78.00	
14	4	Unidad	Toner para impresora HP laser jet P110 2w	300.00	1,200.00	
15	2	Unidad	Vinifán	6.00	12.00	
II. ACTIVO FIJO						S/. 6,200.00
1	1	Unidad	Estante de tres niveles de melamine con ángulos o escuadra	1,000.00	1,000.00	
1	1	Unidad	Equipo de computo con CPU, monitor LCD, estabilizador	5,200.00	5,200.00	
TOTAL GENERAL						S/. 7,867.00









El presente presupuesto está incluido en el Presupuesto General de la Oficina de Gestión de la Calidad.

