



Resolución Directoral

Lima, 15 de Julio de 2016

Visto, el Expediente N° 08489-16; y

CONSIDERANDO:

Que, el artículo VI del Título Preliminar de la Ley N° 26842 – Ley General de Salud, establece que 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; razón por la cual, es preocupación constante del Ministerio de Salud priorizar la calidad asistencial, así como la implementación de la mejor práctica clínica en las prestaciones asistenciales que se brinde a la población usuaria en los Establecimiento de Salud;

Que, el artículo III del Título Preliminar de la Ley N° 26842 – Ley General de Salud, señala que toda persona tiene derecho a la protección de su salud en los términos y condiciones que establece la Ley. El derecho a la protección de la salud es irrenunciable;

Que, mediante Resolución Directoral N° 064-DG-HONADOMANI-SB/2008, se aprueba la "Directiva Sanitaria para la Elaboración de Guías de Procedimientos Asistenciales" en el Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé"; asimismo, Resolución Directoral N° 0157-DG-HONADOMANI-SB/2013, aprueba la "Directiva Sanitaria para la Elaboración de Guías de Práctica Clínica" en el Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé";

Que, mediante Resolución Directoral N° 0096-DG-HONADOMANI-SB-2014, se aprueba la "Directiva Sanitaria: N° 003-OGC-HONADOMANI-SB-V.01-2014: "Directiva Sanitaria: Evaluación de la Adherencia a las Guías de Práctica Clínica y Guías de Procedimiento Asistencial en el HONADOMANI "San Bartolomé";

Que, mediante Informe Técnico N° 059-2016-CMI-DA-HONADOMANI-SB, la Coordinadora de Monitoreo Institucional de la Dirección Adjunta informa al Director Adjunto que, la Directiva Sanitaria N° 003-OGC-HONADOMANI-SB-v.02-2016 "Directiva Sanitaria para la Evaluación de la Adherencia a las Guías de Práctica Clínica y Guías de Procedimiento Asistencial en el HONADOMANI-SB, cuenta con opinión favorable por encontrarse concordantes con las normas vigentes;

Que, mediante Nota Informativa N° 135-2016-OGC-HONADOMANI-SB, el Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad informa al Director General que, el Equipo Técnico de la Oficina de Gestión de la Calidad ha procedido a su revisión y actualización en cuyo marco se ha modificado además del contenido normativo, los instrumento para la evaluación de la adherencia, tanto de las GPC como de las GPA; asimismo, se ha revisado las pruebas piloto de la aplicación de los referidos instrumentos; por lo que, solicita se sirva disponer a quien corresponda se apruebe con Resolución Directoral la propuesta del nuevo documento normativo denominado Directiva Sanitaria: "Para la Evaluación de la Adherencia a las Guías de Práctica Clínica y Guías de Procedimiento Asistencial en el HONADOMANI "San Bartolomé";

HONADOMANI "SAN BARTOLOME"
SECRETARIA
OFICINA DE GESTION DE LA CALIDAD

19 JUL. 2016

RECEPCION

Hora: 12:15 Firma: [Firma]



Que, mediante Nota Informativa N° 168-2016-OGC-HONADOMANI-SB, el Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad informa al Director General que se solicitó erróneamente la actualización de la Directiva Sanitaria: Evaluación de la Adherencia a las Guías de Práctica Clínica y Guías de Procedimiento Asistencial en el HONADOMANI-SB, debiendo haber sido aprobación en vez de actualización; es por ello que, se solicita a quien corresponda se modifique el proyecto de resolución que en su Primer Artículo deberá resolver la Aprobación de la Directiva Sanitaria N° 003-OGC-HONADOMANI-SB-V.02-2016: "Directiva Sanitaria: Evaluación de la Adherencia a las Guías de Práctica Clínica y Guías de Procedimiento Asistencial en el HONADOMANI-SB" y dejar sin efecto la Resolución Directoral N° 0096-DG-HONADOMANI-SB-2014;



Que, mediante Memorándum N° 371-DA.HONADOMANI.SB.2016, el Director Adjunto ha evaluado y aprobado la Directiva Sanitaria N° 003-OGC-HONADOMANI-SB-V-02-2016 "Directiva Sanitaria para la Evaluación de la Adherencia a las Guías de Practicas Clínicas y Guías de Procedimiento Asistencial en el HONADOMANI-SB; dando por aceptada la rectificación del termino Actualización por Aprobación; por lo que, solicita a quien corresponda la proyección de la Resolución Directoral correspondiente;

Con la visación de la Dirección Adjunta, Oficina de Gestión de la Calidad y Oficina de Asesoría Jurídica;

En uso de las facultades y atribuciones conferidas al Director General mediante Resolución Jefatural N° 157-2016/IGSS, de fecha 11 de Marzo de 2016, y el artículo 11°, inciso c) del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé", aprobado por la Resolución Ministerial N° 884-2003-SA/DM;



SE RESUELVE:

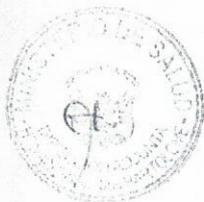
Artículo Primero.- Aprobar la "DIRECTIVA SANITARIA N° 003-OGC-HONADOMANI-SB-V.02-2016: "Directiva Sanitaria : Evaluación de la Adherencia a las Guías de Práctica Clínica y Guías de Procedimiento Asistencial en el HONADOMANI "San Bartolomé", el cual consta de Seis (06) folios, que debidamente visados forman parte integrante de la presente Resolución Directoral.

Artículo Segundo.- Corresponde a la Oficina de Gestión de la Calidad la responsabilidad de su difusión y cumplimiento en el Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé".

Artículo Tercero.- Dejar sin efecto la Resolución Directoral N° 0096-DG-HONADOMANI-SB-2014, de fecha 28 de Febrero de 2014.

Artículo Cuarto.- Disponer que la Oficina de Estadística e Informática publique la presente Resolución Directoral en la dirección electrónica www.sanbartolome.gob.pe del portal de Internet del Hospital Docente Madre Niño "San Bartolomé".

Regístrese y Comuníquese.



EWVP/JCVO/OMMV
c.c

- DA
- OGC
- OAJ
- OEI
- Archivo

MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO DE GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO
SAN BARTOLOMÉ
Documento Auténtico

Rodolfo Melchor Amcama Gómez

MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO DE GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO
SAN BARTOLOMÉ
Documento Auténtico

RODOLFO MELCHOR AMCAMA GÓMEZ
FEDATARIO

Reg. N° 092 Fecha 18 JUL. 2016



**HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO
"SAN BARTOLOMÉ"**

OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

DIRECTIVA SANITARIA N°003-OGC -HONODOMANI-SB-V.02- 2016
DIRECTIVA SANITARIA:
**"PARA LA EVALUACIÓN DE LA ADHERENCIA A LAS GUÍAS
DE PRÁCTICA CLÍNICA Y GUÍAS DE PROCEDIMIENTO
ASISTENCIAL EN EL HONODOMANI SAN BARTOLOME"**

LIMA, PERÚ 2016



1. TITULO

Directiva Sanitaria N°003-OGC-HONODOMANI-SB-V.02-2016; Directiva Sanitaria Para la Evaluación de la adherencia a las Guías de Práctica Clínica y Guías de Procedimiento Asistencial en el HONADOMANI "San Bartolomé"

2. FINALIDAD

Contribuir a la atención segura del Paciente en el HONADOMANI "San Bartolomé", mediante la aplicación estandarizada de las Guías de Práctica Clínica y Guías de Procedimiento Asistencial sustentadas con la mejor evidencia científica que permita brindar una atención integral segura y de calidad.

3. OBJETIVO

3.1 OBJETIVO GENERAL

Evaluar el uso y aplicación de las Guías de Práctica Clínica y Guías de Procedimiento Asistencial en la atención integral Hospitalaria de los pacientes en el HONODOMANI "San Bartolomé"

3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 3.2.1 Determinar el grado de adherencia a las Guías de Práctica Clínica, en la atención a usuarios que acuden a nuestra institución.
- 3.2.2 Determinar el grado de Adherencia a las Guías de Procedimiento Asistencial, en la atención a usuarios que acuden a nuestra institución.
- 3.2.3 Disminuir los riesgos derivados del no uso y aplicación de las GPC y GPA en la atención de los pacientes.
- 3.2.4 Identificar oportunidades de mejora de la calidad técnica asistencial en los procesos de atención de salud.
- 3.2.5 Promover buenas prácticas en los procesos de atención de salud con el propósito de prevenir los riesgos derivados del no uso y aplicación de las GPC y GPA.

4. AMBITO DE APLICACIÓN

La presente directiva sanitaria es de aplicación obligatoria en todos los servicios y departamentos del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé.

5. BASE LEGAL

- Ley N°26842 Ley General de Salud
- Decreto Supremo N° 007-2016-SA, Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- Resolución Ministerial N° 526-2011/MINSA, Normas para la elaboración de documentos normativos del ministerio de salud.
- Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, aprueba el documento técnico Política Nacional de Calidad en Salud.
- Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, aprueba el documento técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud"
- Resolución Ministerial N° 302-2015/MINSA, aprueba la norma técnica de salud para la elaboración y uso de 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 N° 884-2003-SA/DM, aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé".
- Resolución Directoral N° 0110-DG-HONODOMANI-SB/2010, aprueba la Directiva Sanitaria: Evaluación de la Calidad de Atención en Salud en el Hospital Docente Madre Niño "San Bartolomé".
- Resolución Directoral N° 064-DG-HONADOMANI-SB-2008, aprueba la Directiva Sanitaria para la Elaboración de la Guía de Procedimientos Asistenciales del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé"
- Resolución Directoral N° 0157-DG-HONODOMANI-SB/2013, aprueba la Directiva para la elaboración de Guías de Práctica Clínica en el Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé"

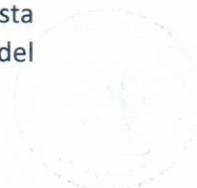
6. DISPOSICIONES GENERALES

6.1 DEFINICIONES OPERATIVAS

- 6.1.1 **Guía de Práctica Clínica (GPC):** Es el conjunto de recomendaciones desarrolladas de forma sistemática para ayudar a profesionales y a pacientes a tomar decisiones sobre la atención sanitaria más apropiada, y seleccionar las opciones diagnósticas o terapéuticas más adecuadas a la hora de abordar un problema de salud o una condición clínica específica.
- 6.1.2 **Guía de Procedimiento Asistencial (GPA):** Es el conjunto de recomendaciones desarrolladas sistemáticamente acerca de un procedimiento asistencial específico para asistir al personal de la salud sobre el recorrido técnico a seguir para la ejecución del procedimiento en una apropiada y oportuna atención.
- 6.1.3 **Adherencia a guía:** Es la coincidencia entre el comportamiento de un médico u otro profesional de la salud y las recomendaciones basadas en la evidencia para diagnosticar y tratar al paciente, que están en la Guía de Práctica Clínica o Guía de Procedimiento Asistencial.
- 6.2 El personal asistencial brindará atención a los pacientes mediante el uso y aplicación de las guías de Práctica clínica y/o guías de Procedimiento Asistencial actualizadas y aprobadas según corresponda.
- 6.3 Los Jefes de servicio y el comité periférico de auditoría del departamento correspondiente, son los responsables de evaluar periódicamente la adherencia a las guías de Práctica Clínica y las guías de Procedimientos asistenciales.
- 6.4 Los jefes de departamento son los responsables de monitorear y evaluar el cumplimiento de la evaluación de la adherencia a las GPC y GPA y remitir el informe correspondiente a la Oficina de Gestión de la Calidad.
- 6.5 La Oficina de Gestión de la Calidad brindará la asistencia técnica necesaria a los jefes de servicio y departamento para la evaluación de la adherencia a las GPA y GPA.

7. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS

- 7.1 La muestra de casos para evaluar la adherencia a GPC y GPA, se determinará a partir de la identificación de las 10 patologías o procedimientos asistenciales más frecuentes, esta información será proporcionada por la Oficina de Estadística e informática y debe ser del año anterior.



- 7.2 De las 10 patologías o procedimientos asistenciales identificados, se priorizarán los tres más frecuentes ocurridos en el mes anterior a la fecha de evaluación y que correspondan al nivel y categoría del Hospital (Nivel III-E), de cada una de estas tres patologías o procedimientos, considerar como muestra el 20% de casos escogidos al azar para la evaluación de la adherencia a las GPC y GPA.
- 7.3 La evaluación de la adherencia a las GPC y GPA se realiza a través de la aplicación de la lista de verificación de adherencia a guías de práctica clínica (Anexo 1 y 2) y lista de verificación de adherencia a guías de procedimiento asistencial (Anexo 3 y 4).
- 7.4 Los jefes de servicios y comité periférico de auditoría realizarán la evaluación de la adherencia a guías de práctica clínica y guías de procedimiento asistencial cada mes y emitirán un informe mensual a la Jefatura del Departamento correspondiente, usando la matriz de reporte del grado de adherencia a guías de práctica clínica y guías de procedimiento asistencial (Anexo 5 y 6), adjuntando las listas de verificación de adherencia aplicadas.
- 7.5 Los Jefes de Departamento deberán enviar a la Oficina de Gestión de la Calidad, un informe consolidado trimestral y detallado por mes, identificando en cada uno de sus servicios el porcentaje de adherencia a cada Guía de Práctica Clínica (GPC) y Guía de Procedimiento Asistencial (GPA) evaluadas en ese periodo, adjuntando la matriz de reporte del grado de adherencia a GPC y GPA (Anexo 5 y 6) de cada uno de los servicios a su cargo y las listas de verificación correspondientes, ambas ratificadas por la Jefatura del departamento.
- 7.6 La Oficina de Gestión de la Calidad emitirá un informe trimestral a la Dirección General sobre el grado de adherencia a guías de práctica clínica y guías de procedimiento asistencial en valores porcentuales, con las recomendaciones que deben ser implementadas por los departamentos y servicios.
- 7.7 La Dirección General debe remitir el informe trimestral elaborado por la Oficina de Gestión de Calidad a los jefes de departamento, para la implementación de recomendaciones.

8. RESPONSABILIDADES

Son responsables de cumplir la presente Directiva Sanitaria: La dirección General, los Jefes de Departamentos y Servicios, el Comité Periférico de Auditoría, el Personal Asistencial, y la Oficina de Gestión de la Calidad del HONADOMANI "San Bartolomé"

9. DISPOSICIONES FINALES

- 9.1 La evaluación de la aplicación de las GPC y GPA se establecerá a través de la Lista de verificación de adherencia a la Guía de Práctica Clínica y de la Lista de verificación de Adherencia a la Guía de Procedimiento Asistencial (Anexo 1 al 6).



9.2 La aplicación de las GPC y GPA, se establece determinando el porcentaje de adherencia por cada una de ellas y por cada aspecto que comprende una GPC o GPA. El porcentaje de adherencia se establece por rangos: Superior (90% a 100%), Adecuado (80%-89%) e Inadecuado (Menor al 80%)

9.3 El uso de las GPC y GPA se establece a través de identificar el número de profesionales que utilizan las GPC o GPA mediante la siguiente fórmula:

$$\text{Uso de GPC o GPA} = \frac{\text{Total de profesionales de salud que utilizan GPC o GPA}}{\text{Total de profesionales de salud que deben utilizar GPC o GPA}} \times 100$$

9.4 La Oficina de Gestión de la Calidad es la encargada de monitorear, supervisar y evaluar el cumplimiento de la presente Directiva Sanitaria.

10. ANEXOS

- **Anexo 1:** Lista de verificación de adherencia a la Guía de Práctica Clínica.
- **Anexo 2:** Instructivo sobre el llenado de lista de verificación de adherencia a la Guía de Práctica Clínica.
- **Anexo 3:** Lista de verificación de Adherencia a la Guía de Procedimiento Asistencial.
- **Anexo 4:** Instructivo de lista de verificación de Adherencia a la Guía de Procedimiento Asistencial.
- **Anexo 5:** Matriz de grado de cumplimiento de adherencia a Guía de Práctica Clínica.
- **Anexo 6:** Instructivo de Matriz de grado de cumplimiento de adherencia a Guía de Práctica Clínica.



ANEXO 1

**LISTA DE VERIFICACIÓN DE ADHERENCIA A LA GUÍA DE PRACTICA CLÍNICA
HONADOMANI SAN BARTOLOMÉ - OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD**

(1) Departamento:			(2) Servicio:		
(3) HC N°:		(4) Fecha de la atención:		(5) Fecha de evaluación:	
(6) Guía de Práctica Clínica de:					
(7) ASPECTO	(8) N°	(9) CRITERIO	(10) CUMPLE		(11) OBSERVACIONES
			N°/n	(%)	
SIGNOS Y SÍNTOMAS ACORDE A LA GPC	1				
	2				
	3				
	4				
	5				
DIAGNÓSTICO ACORDE A LA GPC	1				
	2				
	3				
	4				
	5				
EXAMENES AUXILIARES ACORDE A LA GPC	1				
	2				
	3				
	4				
	5				
TERAPÉUTICA ACORDE A LA GPC	1				
	2				
	3				
	4				
	5				
(12) % DE ADHERENCIA TOTAL					
(13) Firma y sello del Jefe de Servicio		(14) Firma del Presidente del Comité Periférico de Auditoria		(15) Firma y sello del Jefe de Departamento	



ANEXO 2

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE ADHERENCIA A LA GUÍA DE PRACTICA CLÍNICA

- (1) Consignar el nombre del departamento donde se realiza la evaluación.
- (2) Consignar el nombre del servicio donde se realiza la evaluación.
- (3) Consignar el número de historia clínica en la cual se hace la verificación de la adherencia a la Guía de Práctica Clínica.
- (4) Consignar la fecha en la que se ha realizado la atención
- (5) Consignar la fecha en la que se realiza la evaluación de la adherencia.
- (6) Consignar el nombre de la guía de práctica clínica sujeta a evaluación.
- (7) Se refiere a los principales aspectos contenidos en una guía de práctica clínica y que son sujetos de evaluación para verificar su adherencia, estos son: Signos y síntomas, diagnóstico, exámenes auxiliares y terapéutica.
- (8) Es el número correlativo según el criterio evaluado en cada aspecto de la evaluación.
- (9) Consignar los criterios que se cumplen en relación a la guía de práctica clínica sujeta a evaluación y que han sido registrados en la historia clínica, de acuerdo a cada aspecto.
- (10) Registrar el número de criterios cumplidos (N°) consignados en la historia clínica sobre el total de criterios (n) a cumplir según la GPC para cada aspecto evaluado, así como el porcentaje (%) de cumplimiento según la siguiente formula:

$$\text{Porcentaje de cumplimiento} = \frac{\text{Criterios cumplidos según guía de práctica clínica} \times 100}{\text{Total de criterios a cumplir según guía de práctica clínica}}$$

- (11) Consignar de ser pertinente alguna consideración que sea necesaria resaltar, encontrada en los distintos aspectos sujetos a evaluación.
- (12) Registrar el porcentaje de adherencia a toda la GPC, a través del cálculo del promedio de porcentaje de adherencia de los 4 aspectos sujetos a evaluación.
- (13) La lista de verificación deberá ser firmada y sellada por el jefe de servicio que realiza la evaluación de la adherencia.
- (14) La lista de verificación deberá ser firmada y sellada por el presidente del Comité Periférico de Auditoría.
- (15) La lista de verificación deberá ser ratificada y/o visada a través de la firma y sello del Jefe del Departamento, al cual pertenece el servicio que realizó la evaluación de la adherencia.



ANEXO 3

**LISTA DE VERIFICACIÓN DE ADHERENCIA A LA GUÍA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL
HONADOMANI SAN BARTOLOMÉ - OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD**

(1) Departamento:		(2) Servicio:			
(3) HC N°:		(4) Fecha de la atención:		(5) Fecha de la evaluación:	
(6) Guía de Procedimiento Asistencial de:					
(7) ASPECTO	(8) N°	(9) CRITERIO	(10) CUMPLE		(11) OBSERVACIONES
			N°/n	(%)	
INDICACIONES ACORDE A LA GPA	1				
	2				
	3				
	4				
	5				
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO ACORDE A LA GPA	1				
	2				
	3				
	4				
	5				
INSUMOS USADOS ACORDE A LA GPA	1				
	2				
	3				
	4				
	5				
REGISTROS ACORDE A LA GPA	1				
	2				
	3				
	4				
	5				
(12) % DE ADHERENCIA TOTAL					
(13) Firma del Jefe de Servicio		(14) Firma del Presidente del Comité Periférico de Auditoria		(15) Firma del Jefe de Departamento	



ANEXO 4

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE ADHERENCIA A LA GUÍA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL (GPA)

- (1) Consignar el nombre del departamento donde se realiza la evaluación.
- (2) Consignar el nombre del servicio donde se realiza la evaluación.
- (3) Consignar el número de historia clínica en la cual se hace la verificación de la adherencia a la Guía de Procedimiento Asistencial.
- (4) Consignar la fecha en la que se ha realizado la atención
- (5) Consignar la fecha en la que se realiza la evaluación.
- (6) Consignar el nombre de la guía de procedimiento asistencial sujeta a evaluación.
- (7) Se refiere a los principales aspectos contenidos en una guía de procedimiento asistencial y que son sujetos de evaluación para verificar su adherencia, estos son: indicaciones, descripción del procedimiento, insumos usados y registros.
- (8) Es el número correlativo según el criterio evaluado en cada aspecto de la evaluación.
- (9) Consignar los criterios que se cumplen en relación a la guía de procedimiento asistencial sujeta a evaluación y que han sido registrados en la historia clínica, de acuerdo a cada aspecto.
- (10) Registrar el número de criterios cumplidos (N°) consignados en la historia clínica sobre el total de criterios (n) a cumplir según la GPA para cada aspecto evaluado, así como el porcentaje (%) de cumplimiento según la siguiente fórmula:

$$\text{Porcentaje de cumplimiento} = \frac{\text{Criterios cumplidos según guía de procedimiento asistencial} \times 100}{\text{Total de criterios a cumplir según guía de procedimiento asistencial}}$$

- (11) Consignar de ser pertinente alguna consideración que sea necesaria resaltar, encontrada en los distintos aspectos sujetos a evaluación.
- (12) Registrar el porcentaje de adherencia a toda la GPA, a través del cálculo del promedio de porcentaje de adherencia de los 4 aspectos sujetos a evaluación.
- (13) La lista de verificación deberá ser firmada y sellada por el jefe de servicio que realiza la evaluación de la adherencia.
- (14) La lista de verificación deberá ser firmada y sellada por el Presidente del Comité Periférico de Auditoría
- (15) La lista de verificación deberá ser ratificada y/o visada a través de la firma y sello del Jefe del Departamento, al cual pertenece el servicio que realizó la evaluación de la adherencia.



ANEXO 5

MATRIZ DE REPORTE DEL GRADO DE ADHERENCIA A GUÍAS DE PRACTICA CLÍNICA Y GUÍAS DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL HONADOMANI SAN BARTOLOMÉ - OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

(1) DEPARTAMENTO:	(2)SERVICIO:	(3) MES:	PORCENTAJE DE ADHERENCIA					
ASPECTOS GPC	ASPECTOS GPA	(4) GPC (0-100%)			(5) GPA (0-100%)			
		GPC 1	GPC 2	GPC 3	GPA 1	GPA 2	GPA 3	
SIGNOS Y SÍNTOMAS ACORDE A LA GPC	INDICACIONES ACORDE A LA GPA							
DIAGNÓSTICO ACORDE A LA GPC	DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO ACORDE A LA GPA							
EXAMENES AUXILIARES ACORDE A LA GPC	INSUMOS USADOS ACORDE A LA GPA							
TERAPÉUTICA ACORDE A LA GPC	REGISTROS ACORDE A LA GPA							
(6) % DE ADHERENCIA PROMEDIO POR CADA GPC Y CADA GPA								
(7) % DE ADHERENCIA TOTAL POR GPC Y GPA								
(8) GRADO DE LA ADHERENCIA		PORCENTAJE DE ADHERENCIA			COLOR DE LA SEMAFORIZACION			
Superior		90% a 100%			VERDE			
Adecuado		80%-89%			AMARILLO			
Inadecuado		Menor al 80%			ROJO			
COMENTARIOS								
(9) LIMITACIONES PARA LA ADHERENCIA A LAS GUÍAS:								
1.								
2.								
3.								
4.								
(10) LIMITACIONES DE APLICABILIDAD DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN:								
1.								
2.								
3.								
4.								
 (11) Firma y sello del Jefe del servicio y Jefe del Departamento								

(12) GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA	(13) CANTIDAD
GPC1	
GPC 2	
GPC 3	
(14) GUÍAS DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL	(15) CANTIDAD
GPA1	
GPA 2	
GPA 3	



ANEXO 6

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DE LA MATRIZ DE REPORTE DEL GRADO DE ADHERENCIA A GUÍAS DE PRACTICA CLÍNICA Y GUÍAS DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL

- (1) Consignar el nombre del departamento que reporta.
- (2) Consignar el nombre del servicio en el cual se realizó la evaluación.
- (3) Consignar el mes al que corresponden las historias clínicas evaluadas.
- (4) Consignar los porcentajes de adherencia por cada guía de práctica clínica evaluada y por cada uno de los aspectos, calculando el porcentaje promedio de cada aspecto según el número de casos - HCL evaluados.
- (5) Consignar los porcentajes de adherencia por cada guía de procedimiento asistencial evaluada y por cada uno de los aspectos, calculando el porcentaje promedio de cada aspecto según el número de casos - HCL evaluados.
- (6) Registrar el porcentaje de adherencia de cada GPC o GPA sujeta a evaluación, mediante el cálculo del promedio de los porcentajes de adherencia de los 4 aspectos evaluados en cada GPC o GPA.
- (7) Registrar el porcentaje de adherencia a las GPC y GPA, mediante el cálculo del promedio de los porcentajes de adherencia de cada GPC y GPA, según corresponda:

$$\text{Porcentaje de adherencia Total} = \frac{\%1 + \%2 + \%3}{3}$$

- (8) Indica el grado de adherencia como superior, adecuado e inadecuado, según rangos establecidos y correspondiéndole un color específico de semaforización.
- (9) Registrar las limitaciones que se hubieran presentado para alcanzar una adecuada adherencia a las guías; si no se identifica ninguna limitación, escribir: Ninguna.
- (10) Registrar, si las hubiera, las limitaciones de aplicabilidad de la lista de verificación; si no se identifica ninguna limitación, escribir: Ninguna.
- (11) Consignar el sello y firma del jefe del servicio y del jefe del departamento.
- (12) Consignar el nombre de las guías de práctica clínica sujetas a evaluación haciendo referencia al apartado GPC1, GPC2, y GPC3 de la matriz de reporte del grado de adherencia a GPC y GPA.
- (13) Consignar el número de casos o cantidad de historias clínicas evaluadas por cada GPC
- (14) Consignar el nombre de las guías de procedimiento asistencial sujetas a evaluación haciendo referencia al apartado GPA1, GPA2, y GPA3 de la matriz de reporte del grado de adherencia a GPC y GPA.
- (15) Consignar el número de casos o cantidad de historias clínicas evaluadas por cada GPA.



ANEXO 6

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DE LA MATRIZ DE REPORTE DEL GRADO DE ADHERENCIA A GUÍAS DE PRACTICA CLÍNICA Y GUÍAS DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL

- (1) Consignar el nombre del departamento que reporta.
- (2) Consignar el nombre del servicio en el cual se realizó la evaluación.
- (3) Consignar el mes al que corresponden las historias clínicas evaluadas.
- (4) Consignar los porcentajes de adherencia por cada guía de práctica clínica evaluada y por cada uno de los aspectos, calculando el porcentaje promedio de cada aspecto según el número de casos - HCL evaluados.
- (5) Consignar los porcentajes de adherencia por cada guía de procedimiento asistencial evaluada y por cada uno de los aspectos, calculando el porcentaje promedio de cada aspecto según el número de casos - HCL evaluados.
- (6) Registrar el porcentaje de adherencia de cada GPC o GPA sujeta a evaluación, mediante el cálculo del promedio de los porcentajes de adherencia de los 4 aspectos evaluados en cada GPC o GPA.
- (7) Registrar el porcentaje de adherencia a las GPC y GPA, mediante el cálculo del promedio de los porcentajes de adherencia de cada GPC y GPA, según corresponda:

$$\text{Porcentaje de adherencia Total} = \frac{\%1 + \%2 + \%3}{3}$$

- (8) Indica el grado de adherencia como superior, adecuado e inadecuado, según rangos establecidos y correspondiéndole un color específico de semaforización.
- (9) Registrar las limitaciones que se hubieran presentado para alcanzar una adecuada adherencia a las guías; si no se identifica ninguna limitación, escribir: Ninguna.
- (10) Registrar, si las hubiera, las limitaciones de aplicabilidad de la lista de verificación; si no se identifica ninguna limitación, escribir: Ninguna.
- (11) Consignar el sello y firma del jefe del servicio y del jefe del departamento.
- (12) Consignar el nombre de las guías de práctica clínica sujetas a evaluación haciendo referencia al apartado GPC1, GPC2, y GPC3 de la matriz de reporte del grado de adherencia a GPC y GPA.
- (13) Consignar el número de casos o cantidad de historias clínicas evaluadas por cada GPC
- (14) Consignar el nombre de las guías de procedimiento asistencial sujetas a evaluación haciendo referencia al apartado GPA1, GPA2, y GPA3 de la matriz de reporte del grado de adherencia a GPC y GPA.
- (15) Consignar el número de casos o cantidad de historias clínicas evaluadas por cada GPA.

4