



Nº 0096-DG-HONADOMANI-SB-2014

Resolución Directoral

Lima, 28 de febrero de 2014

Visto, el Expediente Nº 01790-14; y

CONSIDERANDO:

Que, el artículo VI del Título Preliminar de la Ley Nº 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 Nº 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 Nº 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 Nº 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 Nota Informativa Nº 019-2014-OGC. Resp.U.ECS.HONADOMANI.SB, el Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad remite el Informe Nº 010-2013-Resp.U.ECS-OGC.HONADOMANI.SB elaborado por la Responsable de Evaluación de la Calidad a la Dirección General la **"Directiva Sanitaria: Evaluación de la Adherencia a las Guías de Práctica Clínica y Guías de Procedimiento Asistencial en la Atención Hospitalaria en el HONADOMANI "San Bartolomé"**, para su aprobación correspondiente, cuya finalidad general es *"Contribuir al fortalecimiento de los servicios y la Seguridad del Paciente, mediante la aplicación estandarizada de las Guías de Práctica Clínica y Guías de Procedimiento Asistencial sustentadas en la mejor evidencia científica que permita brindar una atención integral segura y de calidad en el HONADOMANI "San Bartolomé"*, el mismo que como Directiva Sanitaria cumple con la estructura y contenido establecido en el artículo 6.1.2 de la Resolución Ministerial Nº 526-2011/MINSA que aprueba las "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud";

Que, mediante Memorándum Nº 057-SDG.HONADOMANI.SB.2014, el Sub Director emite opinión favorable para la aprobación mediante Resolución Directoral de la citada Directiva Sanitaria;

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

En uso de las facultades y atribuciones conferidas al Sub-Director General del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé", a través del Oficio N° 379-DG-HONADOMANI-SB.2014, de fecha 17 de Febrero de 2014, de acuerdo a lo establecido en el Artículo 12 del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé", aprobado mediante Resolución Ministerial N° 884-2003-SA/DM";



SE RESUELVE:

Artículo Primero.- Aprobar 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", el cual consta de Once (11) 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.- 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.



AAC/JPGB/JCVO/OMMV

c.c

- DEA
- OP
- OAJ
- OEI
- Archivo

**HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO
“SAN BARTOLOMÉ”**

DS 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”**

OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD



Lima, Perú 2014

MIDORI DE DE HABICH ROSPIGLIOSI
MINISTRA DE SALUD

Dr. JULIO CANO CÁRDENAS
Director General del HONADOMANI "San Bartolome"

Dr. AUGUSTO AMORÓS CORTÉS
Sub Director General del HONADOMANI "San Bartolome"

Dr. EDSON VALDIVIA VERA
Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad

Elaboración:
MG. ANA CARBAJAL CARBAJAL
Responsable de Evaluación de la Calidad

Colaboradores OGC:
Dr. Augusto Díaz Falcón
Dr. Vicente Cruzate Cabrejos



**DIRECTIVA SANITARIA
EVALUACIÓN DE LA ADHERENCIA A LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA Y
GUÍAS DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL EN EL HONADOMANI "SAN
BARTOLOMÉ"**

I. TITULO.

Directiva Sanitaria: Evaluación de la Adherencia a las Guías de Práctica Clínica y Guías de Procedimiento Asistencial en la Atención Hospitalaria en el HONADOMANI "San Bartolomé".

II. FINALIDAD.

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

III. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Evaluar el cumplimiento de la aplicación de las Guías de Práctica Clínica y Guías de Procedimiento Asistencial en la atención integral hospitalaria de los pacientes en el HONADOMANI "San Bartolomé".

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Determinar el grado de adherencia a las Guías de Práctica Clínica, en la atención a usuarios que acuden a nuestra institución.
2. Determinar el grado de Adherencia a las Guías de Procedimiento Asistencial, en la atención a usuarios que acuden a nuestra institución.
3. Aplicar instrumentos y estrategias para la verificación de la adherencia a las guías de Práctica Clínica y de Procedimiento Asistencial
4. Contribuir a los procesos de información para la toma de decisiones, relacionados a la ocurrencia de complicaciones infecciosas y no infecciosas, seguridad del paciente, accidentes laborales y RAMs.

IV. AMBITO DE APLICACIÓN

La presente Directiva Sanitaria es de aplicación obligatoria en todos los Departamentos y Servicios del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé.



V. BASE LEGAL

1. Ley N° 26842, Ley General de Salud
2. Ley N° 27657, Ley del Ministerio de Salud
3. Decreto Supremo N° 023-2005-SA, Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
4. Resolución Ministerial N° 526-2011/MINSA, Normas para la elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud.
5. Resolución Ministerial N° 729-2009/MINSA, aprueba el Documento Técnico Política Nacional de Calidad en Salud".
6. Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, aprueba el Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud".
7. Resolución Ministerial N° 884-2003-SA/DM, aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé".
8. Resolución Ministerial N° 572-2011/MINSA, aprueba la Directiva Administrativa N° 182-MINSA, de Monitoreo del Desempeño de la Gestión de los Establecimientos de Salud.
9. Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA que aprueba el Documento Técnico Política Nacional de Calidad en salud
10. Resolución Ministerial N° 1021-2010 MINSA, que aprueba la Guía Técnica de Implementación de la Lista de Chequeo de Cirugía Segura.
11. Resolución Directoral N° 0110-DG-HONADOMANI-SB/2010, aprueba la Directiva Sanitaria: Evaluación de la Calidad de Atención en Salud en el Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé".
12. Resolución Directoral N° 064-DG-HOADOMANI-SB/2008-, aprueba la "Directiva Sanitaria para la Elaboración de la Guía de Procedimientos Asistenciales" del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé".
13. 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".

VI. DISPOSICIONES GENERALES

Definiciones Operativas:

Guía de Práctica Clínica (GPC), es el documento normativo en el que se define por escrito y de manera detallada el desarrollo de determinados procesos, procedimientos y actividades asistenciales que orientan al cumplimiento del objetivo de un proceso y al desarrollo de una buena práctica, abocándose al diagnóstico y tratamiento de un problema clínico.

Las guías clínicas o guías de práctica clínica (GPC) son recomendaciones basadas en la evidencia científica desarrolladas sistemáticamente para asistir a profesionales y pacientes en los cuidados de salud apropiados para



determinadas condiciones clínicas, orientan la actuación médica frente a un paciente con determinada condición clínica. Deben basarse en las que se consideren como las mejores evidencias científicas disponibles entre las diferentes opciones de diagnóstico y tratamiento para tal condición. La elaboración y la implementación de las GPC tienen como fin pasar de criterios basados en la opinión subjetiva sobre cuáles son los mejores procedimientos y métodos clínicos a priorizar aquellos que se fundamentan en datos experimentales procedentes de ensayos clínicos aleatorizados con diseño de alta calidad.

Guía de Procedimiento Asistencial (GPA), es el documento normativo en el que se define por escrito y de manera detallada el procedimiento de diagnóstico, tratamiento o de manejo de un problema clínico y/o quirúrgico. En ella se establecen técnicas, metodologías, instrucciones o indicaciones que permite al personal de salud seguir un determinado recorrido.

Adherencia o cumplimiento de una 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 a un paciente.

VII. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS

- 7.1 El personal asistencial brindará atención a los pacientes aplicando las Guías de Práctica Clínica y/o Guías de Procedimiento Asistencia aprobadas y actualizadas, según corresponda.
- 7.2 Los Jefes de Departamentos y/o Servicios realizarán el monitoreo permanente de la adherencia mediante la aplicación de una Lista de Verificación de Adherencia a Guías de Práctica Clínica (Anexo 1) y Guías de Procedimiento Asistencial (anexo 2), al personal asistencial a su cargo durante la atención a los pacientes.
- 7.3 La aplicación de la Lista de Verificación de Adherencia de Guías de Práctica Clínica y Guías de Procedimiento Asistencial por parte de los Jefes de Departamentos y/o Servicios, deberá realizarse de manera aleatoria e inopinada, priorizando las patologías más frecuentes en los diferentes servicios a su cargo.
- 7.4 El número mínimo de Listas de Verificación a aplicarse en un mes, será de un 10% del total de atenciones y 10% de Procedimientos que cuenten con guías y eventualmente la realización de manera concurrente.
- 7.5 Los Jefes de los Departamentos deberán enviar trimestralmente a la Oficina de Gestión de la Calidad, un informe consolidado con el resultado de la aplicación del instrumento de Adherencia a Guías de Práctica Clínica y Guías de



Procedimiento Asistencial de manera general y por cada criterio adjuntando el total de listas de verificación aplicadas.

- 7.6 El informe trimestral remitido por los Jefes de Departamento, deberá considerar en su contenido un análisis de los factores que limitan la adherencia a las guías de práctica clínica y guías de procedimiento; así como, las barreras que limiten la aplicación de la lista de verificación de adherencia a las guías y las estrategias y acciones para superarlas.
- 7.7 El/la Responsable de Evaluación de la Calidad de la Oficina de Gestión de la Calidad, con la información remitida por los Jefes de los Departamentos, determinará el Porcentaje de adherencia a las guías así como el grado de cumplimiento de la aplicación de las listas de verificación de adherencia y de las barreras para su cumplimiento.
- 7.8 El/la Responsable de Evaluación de la Calidad de la Oficina de Gestión de la Calidad, realizará mensualmente visitas inopinadas a los Departamentos y/o servicios, para el control de calidad en la aplicación de la Lista de Verificación de Adherencia de Guías de Práctica Clínica y Guías de Procedimiento Asistencial.
- 7.9 La Oficina de Gestión de la Calidad, remitirá trimestralmente a la Dirección General, el informe técnico de la aplicación de la Lista de Verificación de Adherencia de Guías de Práctica Clínica y Guías de Procedimiento Asistencial y de los indicadores de adherencia, elaborado por el/la Responsable de Evaluación de la Calidad.
- 7.10 La Dirección General remitirá a modo de realimentación a los Jefes de Departamento y/o Servicios, el informe técnico trimestral elaborado por el/la Responsable de Evaluación de la Calidad de la Oficina de Gestión de la Calidad.

VIII. RESPONSABILIDADES

Son responsables de cumplir la presente Directiva Sanitaria, la Dirección General, los Jefes de los Departamentos y Servicios, el Personal Asistencial, y la Oficina de Gestión de la Calidad del HONADOMANI "San Bartolomé".

IX. DISPOSICIONES FINALES

El/la Responsable de Evaluación de la Calidad de la Oficina de Gestión de la Calidad será el/la encargado/a de supervisar y evaluar el cumplimiento de la presente Directiva Sanitaria.

La Oficina de Estadística é Informática, deberá realizar la publicación de la presente Directiva en la portal de la Web del hospital San Bartolomé.



X. ANEXOS

Anexo 1: Lista de Verificación de Adherencia a la Guía de Práctica Clínica.

Anexo 2: Lista de Verificación de Adherencia a la Guía de Procedimiento Asistencial.



Anexo 1
LISTA DE VERIFICACIÓN DE ADHERENCIA A LA GUÍA DE PRACTICA CLINICA

HONADOMANI San Bartolomé

OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD
 Responsable de Evaluación de la Calidad

LISTA DE VERIFICACIÓN DE ADHERENCIA A LA GUIA DE PRACTICA CLINICA

DEPARTAMENTO:**SERVICIO :****HC N°:****FECHA:****GUIA DE PRACTICA CLINICA DE:**

N°	CRITERIOS	CUMPLE			OBSERVACIONES
		SI	NO	NO APLICA	
1	Los Signos y Síntomas consignados están relacionados con la patología según la GPC				
2	El Diagnóstico de la patología esta de acuerdo a la GPC				
3	Se establece el Plan de trabajo (exámenes de laboratorio, imágenes, etc) acorde a la patología según la GPC				
4	La Terapeutica está de acuerdo a la patología según GPC				
5	Registra en historia clinica complicaciones que presenta el paciente				
6	Realizó el manejo correcto en la Complicación de acuerdo a la GPC según corresponda.				
TOTAL					

Firma del Jefe del Departamento

Firma Jefe de servicio



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

1. Se deberá llenar la Lista de Verificación de la Adherencia a la GPC, consignando el nombre del servicio donde se realizará la verificación; fecha de la verificación, el número de la Historia Clínica y la Guía de Práctica Clínica a verificar.
2. Se indagará si los Signos y Síntomas consignados están relacionados con la patología según la GPC.
3. Se verificará si el Diagnóstico de la patología está de acuerdo a la GPC.
4. Se verificará si se establece el Plan de trabajo (exámenes de laboratorio, imágenes, etc.) acorde a la patología según la GPC.
5. Se indagará si la Terapéutica está de acuerdo a la patología según GPC.
6. Se verificará si se registra en la historia clínica las complicaciones que presenta el paciente.
7. Se indagará si se realizó el manejo correcto de la Complicación de acuerdo a la GPC según corresponda.
8. Finalizado la verificación se consignarán las firmas y sellos del Jefe del Departamento y/o Servicio.



Anexo 2

LISTA DE VERIFICACIÓN DE ADHERENCIA A LA GUÍA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL

HONADOMANI San Bartolomé

OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD
Responsable de Evaluación de la Calidad

LISTA DE VERIFICACIÓN DE ADHERENCIA A LA GUÍA DE PROCEDIMIENTO					
DEPARTAMENTO:					
SERVICIO :		HC N°:		FECHA:	
GUÍA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL DE:					
N°	CRITERIOS	CUMPLE			OBSERVACIONES
		SI	NO	NO APLICA	
1	Se Registra en la historia la identidad del/la paciente				
2	Se Registra en la historia el procedimiento a realizarse				
3	Se registra en historia clínica que se ha brindado información al paciente y/o familiar respecto al procedimiento a realizarse; y/o se ha firmado el Consentimiento Informado				
4	Se registra en historia clínica los principales pasos del procedimiento realizado según GPA				
5	Registra en historia clínica alguna complicación respecto al procedimiento realizado				
TOTAL					
Firma del Jefe del Departamento Firma Jefe de servicio					



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

1. Se deberá llenar la Lista de Verificación de la Adherencia a la GPA, consignando el nombre del servicio donde se realizará la verificación; fecha de la verificación, el número de la Historia Clínica y la Guía de Procedimiento Asistencial a verificar.
2. Se verificará si se registra en la historia la identidad del/la paciente.
3. Se verificará si se registra en la historia el procedimiento a realizarse.
4. Se verificará si se registra en historia clínica que se ha brindado información al paciente y/o familiar respecto al procedimiento a realizarse; y/o se ha firmado el Consentimiento Informado.
5. Se indagará si se registra en la historia clínica los principales pasos del procedimiento realizado según GPA.
6. Se verificará si registra en historia clínica alguna complicación respecto al procedimiento realizado.
7. Finalizado la verificación se consignarán las firmas y sellos del Jefe del Departamento y/o Servicio

Para el llenado correcto de ambas Listas de Verificación de Adherencia a las Guías, respecto al ítem CUMPLE, tener en cuenta:

- **SI:** Califica, cuando el personal de salud que brinda la atención al paciente cumple con el criterio estandarizado de acuerdo a la Lista de verificación.
- **NO:** Califica, cuando el personal de salud no cumple con el criterio estandarizado de acuerdo a la Lista de Verificación.
- **N.A (No Aplica):** cuando algún criterio de la lista de Verificación no corresponde al aplicar el cumplimiento de la Adherencia a las Guías de Práctica Clínica y Guías de Procedimiento Asistencial. Ejemplo: paciente con Diagnóstico, Tratamiento y/o Cirugía realizada que no haya presentado complicación, corresponde marcar **no aplica** porque no presentó complicación alguna.
- **OBSERVACIONES:** En este espacio se podrá describir el porqué del no cumplimiento y por qué no aplica el criterio para la adherencia a las Guías o algún aspecto que sea necesario resaltar.

