



PERÚ

Ministerio
de Salud

Hospital Nacional Docente
Madre-Niño "San Bartolomé"

N° 064 2019-DG-HONADOMANI-SB



Resolución Directoral

Lima, 21 de Marzo de 2019

Visto, el Expediente N° 04289-19; y,

CONSIDERANDO:

Que, la Ley 26842, Ley General de Salud, establece en el artículo VI del Título preliminar 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. Es irrenunciable la responsabilidad del Estado en la provisión de servicios de salud pública. El Estado interviene en la provisión de servicios de atención médica con arreglo a principios de equidad.";

Que, mediante Resolución Ministerial N° 850-2016/MINSA de fecha 28 de octubre del 2016, se resuelve aprobar el documento denominado "Normas para la elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud", cuyo objetivo general es establecer las disposiciones relacionadas con los procesos de formulación, aprobación, modificación y difusión de los documentos normativos que expide el Ministerio de Salud, en el marco del proceso de descentralización; según el numeral 6.1.4 de la Resolución Ministerial precitada, documento técnico es: "...la denominación genérica de aquella publicación del Ministerio de Salud que contiene información sistematizada o disposición sobre un determinado aspecto sanitario o administrativo, o que fija posición sobre él; y, que la Autoridad Nacional de Salud considera necesario enfatizar o difundir, autorizándola expresamente. Lo respalda, difunde y facilita su disponibilidad para que sirva de consulta o referencia, sobre aspectos relativos al tema que se aboca. Su finalidad es básicamente de información u orientación a los usuarios, personal de salud y/o población general. Se basa en el conocimiento científico y técnico, validado por la experiencia sistematizada y documenta, y respaldado por las normas vigentes que correspondan. Por su contenido, algunos serán de obligatorio cumplimiento (precisado en el ámbito de aplicación), otros serán referenciales, y algunos de información sobre el tema.";

Que, a través de la Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA se aprueba el Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud", que tiene por finalidad fortalecer los procesos de mejora continua de la calidad en salud en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo; según la norma citada el Sistema de Gestión de la Calidad en Salud es el conjunto de elementos interrelacionados que contribuyen a conducir, regular, brindar asistencia técnica y evaluar a las entidades de salud del sector y a sus dependencias públicas de los tres niveles (Nacional, Regional y Local), en lo relativo a la calidad de la atención y de la gestión. En ese sentido, según la norma acotada, la Gestión de la Calidad es un componente de la gestión institucional y por ello es un deber de todo funcionario en el sector, el determinar y aplicar la política de calidad expresada formalmente por la Alta Dirección del MINSA. Además, conforme a la norma, las orientaciones normativas del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud deben desarrollarse creativamente y con las especificidades que correspondan en todas las instituciones y entidades del sector, en los diferentes niveles de su jerarquía organizativa. El Sistema incluye los componentes de planificación, organización, garantía y mejor de la calidad e información para la calidad dentro de la dirección estratégica de la institución, en la perspectiva de diseñar, gestionar y mejorar los procesos institucionales hacia una cultura de calidad;

HONADOMANI "SAN BARTOLOME"	
SECRETARIA	
OFICINA DE GESTION DE LA CALIDAD	
21 MAR. 2019	
RECEPCION	
Hora: 13:30	Firma: [Firma]



Que, por intermedio de la Nota Informativa N° 049-2019-OGC-HONADOMANI-SB de fecha 13 de marzo de 2019, el Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad remite al Director General del HONADOMANI-SB el Documento Técnico Plan de Gestión de la Calidad 2019 HONADOMANI San Bartolomé para su aprobación mediante acto resolutivo;



Que, mediante Nota Informativa N° 044-2019-DA-HONADOMANI-SB de fecha 18 de marzo de 2019, el Director Adjunto opina favorablemente respecto de la aprobación del Plan de Gestión de la Calidad 2019 del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé" y sugiere que se emita la Resolución Directoral de aprobación correspondiente;



Que, a través del Memorando N° 100.2019.DG.HONADOMANI.SB de fecha 19 de marzo de 2019, el Director General (e) solicita al Jefe (e) de la Oficina de Asesoría Jurídica emitir la Resolución Directoral que aprueba el documento técnico "Plan de Gestión de la Calidad 2019 del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé";

Que, el Documento Técnico "Plan de Gestión de la Calidad 2019 HONADOMANI San Bartolomé" tiene por finalidad contribuir al logro de los objetivos estratégicos institucionales de calidad, establecidos en el Sistema de Gestión de la Calidad y en los documentos de gestión del HONADOMANI San Bartolomé; por lo cual resulta necesario aprobar dicho plan;

Que, por los motivos antes expuestos, resulta procedente emitir el acto resolutivo respectivo;



Con la visación del Director Adjunto, del Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad y del Jefe (e) de la Oficina de Asesoría Jurídica del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé";

En uso de las atribuciones y facultades conferidas al Director General (e) del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé", mediante Resolución Ministerial N° 258-2019/MINSA y mediante Resolución Ministerial N° 884-2003-SA/DM que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé";

SE RESUELVE:

Artículo Primero.- Aprobar el Documento Técnico "**PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD 2019 HONADOMANI SAN BARTOLOMÉ**", el cual consta de veintiséis (26) folios, que debidamente visados en anexo adjunto, forma parte integrante de la presente Resolución Directoral.

Artículo Segundo.- Disponer que el Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad implemente la difusión interna del presente "**PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD 2019 HONADOMANI SAN BARTOLOMÉ**".

Artículo Tercero.- Disponer que la Oficina de Estadística e Informática se encargue de la publicación del citado plan aprobado por la presente Resolución Directoral, en la dirección electrónica www.sanbartolome.gob.pe

Regístrese y Comuníquese.

CESR/ASP/OGC/cchr
CC.

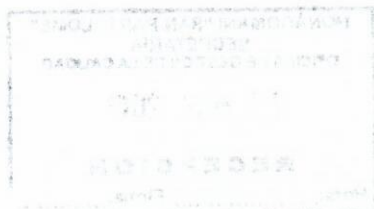
- DA
- OGC
- OAJ
- OEI
- OCI
- Archivo

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"
[Signature]
M.C. CARLOS E. SANTILLAN RAMIREZ
Director General (e)
C.M.P 19186 RNE 27489

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO
SAN BARTOLOME
Documento Autenticado

SR. RODOLFO MELCHOR ANICIA GÓMEZ
FEDATARIO

Reg. N° Fecha **21 MAR. 2019**



**HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE
NIÑO SAN BARTOLOME**

**OFICINA DE GESTIÓN DE LA
CALIDAD**



**DOCUMENTO TÉCNICO:
“PLAN DE GESTIÓN
DE LA CALIDAD 2019
HONADOMANI SAN
BARTOLOMÉ”**



Marzo - 2019



INDICE

	Pag.
I. Introducción	4
II. Finalidad	5
III. Base Legal	5
IV. Ámbito de Aplicación	6
V. Implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en el HONADOMANI San Bartolomé	6
VI. Diagnostico Situacional	10
VII. Objetivo General	24
VIII. Objetivos Específicos	24
IX. Programación de Actividades por Objetivo Específico	24
X. Responsabilidades	25
XI. Anexos	25

I. INTRODUCCION

La Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé" inició sus funciones formalmente en el mes de Mayo del 2002, según Resolución Directoral N° 130-SA-OP-HONADOMANI-SB-2002 desde entonces ha implementado estrategias y desarrollado actividades orientadas a mejorar la calidad de la prestación de nuestros servicios, así como de los procesos asistenciales y administrativos.

El Sistema de Gestión de la Calidad aprobado por RM N° 519-2006/ MINSA define el marco de las acciones de la Oficina de Gestión de la Calidad, teniendo como objetivo general *"Mejorar continuamente la calidad de los servicios, recursos y tecnologías del sector salud, mediante el desarrollo de una cultura de calidad, sensible a las necesidades y expectativas de los usuarios internos y externos que sea claramente percibida por la población"* y entre sus objetivos específicos el *"Lograr la satisfacción de los usuarios del servicio"*.

En el marco de los objetivos señalados la Oficina de Gestión de la Calidad se ha planteado en el presente año 2019, alcanzar como resultado, fortalecer la efectividad de las intervenciones de mejora de la calidad y de seguridad de la atención, que contribuyan a la acreditación del Hospital, para brindar una atención segura y centrada en el usuario.

El presente Plan representa el esfuerzo de todo el equipo de nuestra Oficina para integrar nuestras actividades, considerando además su monitoreo y la evaluación de los resultados en un solo instrumento de gestión, que permita el abordaje integral del trabajo en calidad que nos vemos impulsados y comprometidos en realizar para el logro de los objetivos institucionales, considerando los tres pilares: hospital seguro, digital y saludable.

Con la finalidad de alcanzar los objetivos institucionales de calidad trazados, se ha seguido los lineamientos emanados de la Unidad Funcional de Gestión de la Calidad del MINSA, pero también recogiendo la problemática propia de nuestro hospital.



II. FINALIDAD

Contribuir al logro de los objetivos estratégicos institucionales de calidad, establecidos en el Sistema de Gestión de la Calidad y en los documentos de gestión del HONADOMANI San Bartolomé.

III. BASE LEGAL

- Ley N° 26842, Ley General de Salud.
- Decreto Supremo N° 013-2006 - SA "Reglamento de Establecimiento de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".
- Decreto Supremo N° 031-2014-SA.- aprueban Reglamento de Infracciones y Sanciones de la Superintendencia Nacional de Salud – SUSALUD.
- Decreto Supremo N° 027-2015-SA.- Reglamento de la Ley 29414 Ley que Establece el Derecho de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud.
- Resolución de Secretaría de Gestión Pública N°001-2019-PCM/SGP – aprueba – Norma Técnica N°001-2019 PCM/SGP Norma Técnica para la Gestión de la Calidad de Servicios en el Sector Público.
- Resolución Ministerial 884-2003-SA/DM, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé.
- Resolución Ministerial N° 519-2006-SA/DM, que aprueba el "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud".
- Resolución Ministerial N° 596-2007/MINSA, que aprueba el "Plan Nacional de Gestión de la Calidad en Salud".
- Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: "Política Nacional de Calidad en Salud".
- Resolución Ministerial N° 1021-2010-MINSA aprueba "Guía técnica de Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía"
- Resolución Ministerial N° 095-2012/MINSA, que aprueba la Guía Técnica: "Guía para la Elaboración de Proyectos de Mejora y la Aplicación de Técnicas y Herramientas para la Gestión de la Calidad".
- Resolución Ministerial N° 527-2011/MINSA, que aprueba la Guía Técnica para la Evaluación de la Satisfacción del Usuario Externo en los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".
- Resolución Ministerial N° 414-2015-MINSA aprueba el Documento Técnico: "Metodología para la Elaboración de Guías de Práctica Clínica"
- Resolución Ministerial N° 502-2016/MINSA, que aprueba la "NTS N° 029 MINSA/DIGEPRES-V.02, Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud"
- Resolución Ministerial N° 850-2016/MINSA, que aprueba las "Normas para la elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud".
- Resolución Ministerial N° 811-2018/MINSA, que aprueba la Directiva Administrativa N°251-MINSA/2018/DGOS, "Directiva para la elaboración e implementación del Plan Cero Colas en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) adscritas al Ministerio de Salud".



IV. AMBITO DE APLICACION

El presente Plan de Gestión de la Calidad es de aplicación en todos los subsistemas funcionales de atención del HONADOMANI "San Bartolomé".

V. IMPLEMENTACION DEL SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD EN EL HONADOMANI SAN BARTOLOME

En el Sistema de Gestión de la Calidad en Salud se encuentra cuatro (04) componentes: Planificación, Organización, Garantía y Mejora, e Información para la calidad. El despliegue del SGC en el HONADOMANI San Bartolomé es el siguiente:

5.1 PLANIFICACION

La Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, desarrolla la planificación del sistema de gestión de la calidad en el hospital, considerando el marco normativo vigente y establecido por el Ministerio de Salud como lo son el Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud" aprobado con Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, el 30 de mayo del 2006 y el Documento Técnico "Política Nacional de Calidad en Salud" aprobado mediante Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, el 29 de octubre del 2009. Asimismo se toma en consideración la Matriz de los Criterios de Programación 2019 remitida por la DIRIS LIMA CENTRO, mediante EMAIL N° 002-2019-J-OGC- DIRIS-LC en enero del 2018.

5.2 ORGANIZACIÓN PARA LA CALIDAD

En el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, la Oficina de Gestión de la Calidad es la unidad orgánica de asesoría encargada de la implementación del sistema de gestión de la calidad en el hospital para promover la mejora continua de la atención asistencial y administrativa a los pacientes, con la participación activa del personal y el involucramiento del usuario. Interactúa a nivel interno con los diferentes departamentos, oficinas, servicios y unidades, como también con la Dirección General en su condición de órgano de asesoría; a nivel externo interactúa con sus referentes a nivel de las instancias superiores (DIRIS) y el ente rector.

Para el cumplimiento de sus responsabilidades funcionales establecidas en el Manual de Organización y Funciones vigente, cuenta con tres unidades:

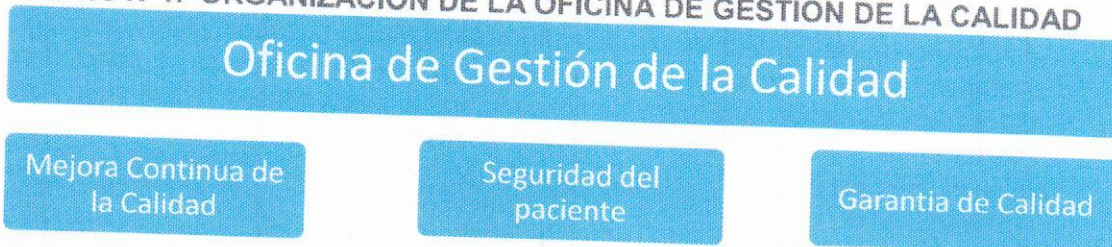
Unidad de mejora continua de la calidad, encargado de constituir el soporte de la gestión de la calidad, orientado a desarrollar metodologías de trabajo que permitan el mejoramiento permanente de la calidad de los servicios, mediante acciones, programas y proyectos de mejora, que minimicen los riesgos y los índices de insatisfacción tanto del usuario externo como del interno, favoreciendo mejorar la competitividad y la organización funcional de los servicios del hospital.

Unidad de garantía de calidad, encargado de desarrollar un conjunto de acciones en forma deliberada y sistemática con la finalidad de normar, vigilar y mejorar el desempeño, en forma continua y cíclica, permitiendo que la prestación de servicios sea eficaz, eficiente y segura posible, orientada siempre a la satisfacción del usuario. La garantía de la calidad implica la generación, mantenimiento y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud.



Unidad de seguridad del paciente, encargado de desarrollar un conjunto de acciones en forma deliberada y sistemática orientadas a reducir el número de eventos externos y crear una cultura de seguridad en la organización, de modo que la atención ofrecida a los pacientes se dé minimizando la exposición al riesgo.

Gráfico N°1. ORGANIZACION DE LA OFICINA DE GESTION DE LA CALIDAD



5.3 GARANTIA Y MEJORA

Evaluación monitoreo y toma de decisiones

La Oficina de Gestión de la Calidad realiza el monitoreo y evaluación de la calidad a través de indicadores de la seguridad de la atención del parto. Estos indicadores han entrado en un proceso de reformulación y se deben extender a otros procesos prestacionales, para generar un nuevo tipo de reporte de la seguridad de la atención institucional.

Auditoría de la calidad de atención

Anualmente el hospital formula y aprueba el Plan de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud mediante una Resolución Directoral, para el año 2018 el plan de auditoría se formuló en el marco de la norma de auditoría: "NTS N° 029 MINSA/DIGEPRES-V.02, Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud". En el año 2018, el Plan de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud se aprobó mediante la Resolución Directoral N°082-DG-HONADOMANI SB 2018 (18/04/2018).

Mediante la Resolución Directoral N°287-2017-DG-HONADOMANI-SB se conformó el Comité de Auditoría Médica y el Comité de Auditoría en Salud. Sin embargo, este último comité sufrió una modificación mediante la Resolución Directoral N°207-2018-DG-HONADOMANI-SB.

Mediante la Resolución Directoral N°263-2018-DG-HONADOMANI-SB se conformó el Comité de Auditoría Médica Adscrita del Departamento de Pediatría.

Estos comités generaron los siguientes informes:

Comité de Auditoría Médica

1. Nota Informativa N° 026-2018-OGC-HONADOMANI-SB (12/02/2018, Caso Huerta Milla, muerte materna)
2. Nota Informativa N° 203-2018-OGC-HONADOMANI-SB (05/10/2018, Caso Edward Ávila Ruiz, muerte infantil)

Comité de Auditoría en Salud

1. Nota Informativa N°120-2018-OGC-HONADOMANI-SB (04/06/2018, reintervenidos).
2. Nota Informativa N° 216-2018-OGC-HONADOMANI-SB (29/10/2018).



Acreditación de establecimientos

El hospital ha llevado a cabo once autoevaluaciones desde el año 2008. Cada autoevaluación implicó la designación formal de los Evaluadores Internos y la elaboración y oficialización del Plan de Autoevaluación; en el presente año se hizo mediante la Resolución Directoral N°155-2018-DG-HONADOMANI-SB y la Resolución Directoral N°255-2018-DG-HONADOMANI-SB, respectivamente.

A lo largo de estos diez años, se han implementado diversas estrategias como la semaforización, el monitoreo de los macroprocesos priorizados, el monitoreo del cumplimiento de los compromisos para mejorar los estándares, la asistencia técnica permanente a los servicios, entre otras estrategias, todo ello con la finalidad de mejorar continuamente los procesos y cumplir con los estándares establecidos para la acreditación.

Seguridad del paciente

Uno de los aspectos importantes en la gestión de la calidad en salud, es la disminución de los riesgos en la atención de salud, por ello la Oficina de Gestión de la Calidad desde el año 2006 ha implementado un sistema de notificación de eventos adversos, oficializado mediante Resolución Directoral N° 205-DG-HONADOMANI-SB-2006, del 30 de noviembre del 2006, la cual ha sido reformulada en el año 2014 y oficializada mediante la Resolución Directoral N° 0310-DG-HONADOMANI-SB-2014 (que aprobó la Directiva Sanitaria N° 001 para la Implementación del Sistema de Notificación de Incidentes de Seguridad) a partir de ellos y de manera complementaria se han implementado otros procesos que permiten identificar o prever riesgos, como:

- Las rondas de seguridad
- Los análisis de causa raíz
- Las alertas de seguridad
- Reporte de Indicadores de Seguridad de la Atención del Parto
- La Lista de Verificación de Cirugía Segura

La mayoría de estos procesos se desarrollan mensualmente generando reportes que permiten el monitoreo y evaluación permanente, con recomendaciones para la implementación de acciones orientadas a disminuir los riesgos en la atención.

Mediante la Resolución Directoral N°125 -DG - HONADOMANI - SB-2018, se aprobó el documento Técnico: Instructivo para el llenado de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía, dejando sin efecto la Resolución Directoral N°0363 - DG - HONADOMANI -SB - 2012.

Mediante la Resolución Directoral N°014 -DG - HONADOMANI - SB/2012, se aprobó la Guía Técnica: Metodología para el Análisis de Causa Raíz de Eventos Centinela, dejando sin efecto la Resolución Directoral N°0654 -DG - HONADOMANI -SB/2009.

Estandarización de la Atención

Mediante la Resolución Directoral N°089 -DG -HONADOMANI -SB -2018, se aprobó la Guía Técnica para la Elaboración de una Guía de Procedimiento Asistencial, dejando sin efecto la Resolución Directoral N°006 -DG -HONADOMANI -SB/2008 (Directiva Sanitaria para la elaboración de la guía de procedimientos asistenciales).



Mejoramiento continuo de la calidad

La Oficina de Gestión de la Calidad en el marco de sus responsabilidades funcionales a través de la Unidad de Mejora continua de la calidad, promueve la implementación de proyectos de mejora, por lo cual desarrolla cada año cursos talleres de fortalecimiento de capacidades para el desarrollo de proyectos de mejora (PMC) y que están dirigidos a los equipos técnicos de los diferentes departamentos, servicios y unidades del hospital, ello nos permite: Sensibilizar y capacitar en filosofía e Instrumentos de mejora continua de la calidad a los equipos de salud y que se elaboren planes de mejora de procesos en las diferentes Unidades Productoras de Servicios.

La metodología utilizada corresponde a la establecida en la Guía Técnica para la Elaboración de Proyectos de Mejora y la Aplicación de Técnicas y Herramientas para la Gestión de la Calidad, aprobada mediante la R.M. 095-2012-MINSA. Complementariamente se brinda asistencia técnica permanente a las diversas oficinas y departamentos para el desarrollo de sus PMC; sin embargo, es necesario buscar otras estrategias para fortalecer la conformación y participación del personal de salud en los equipos de mejora continua de la calidad.

La Guía técnica del Ministerio de la Salud, hace un mayor énfasis en la descripción de las herramientas de calidad y en cómo ganar puntuación para el Premio Nacional de Calidad, sin embargo adolece de una buena descripción del proceso de elaboración de un proyecto de mejora de la calidad.

5.4 INFORMACION PARA LA CALIDAD

Instrumentos para la medición de la calidad

El 11 de julio del 2011, mediante la Resolución Ministerial N°527-2011/MINSA, se aprueba la "Guía técnica para la evaluación de la satisfacción del usuario externo en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo" la cual uniformiza el instrumento de evaluación de la satisfacción del usuario externo a nivel nacional. En el marco de esta norma, la Oficina de Gestión de la Calidad realiza cada año la evaluación de la satisfacción del usuario externo en los servicios de consulta externa, emergencia, hospitalización, centro quirúrgico y centro obstétrico, lo que permite identificar aspectos de mejora a través de la implementación de proyectos u otras acciones o estrategias a fin de prestar una atención de salud de calidad.

También son fuentes regulares de medición de la calidad técnica, el reporte mensual de los Indicadores de la Seguridad de la Atención del Parto.

Mecanismos para la atención del usuario

En el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé se ha implementado un sistema de escucha al usuario, a través de la implementación de la Plataforma de Atención al usuario y del sistema de atención de reclamos y sugerencias. Las actividades de la Plataforma de atención al usuario están reguladas por la Directiva Administrativa N°01.2017.V.01 "Para la Implementación y Funcionamiento de la Plataforma de Atención al Usuario en el Hospital Nacional Docente Madre Niño – San Bartolomé", aprobada mediante la Resolución Directoral N°084 -DG-HONADOMANI-SB-2017. La Oficina de Gestión de la Calidad es la responsable de la atención de los reclamos que se registran en el Libro de Reclamaciones y que



está normado por el Decreto Supremo N°030-2016-SA que establece la obligación de las Entidades del Sector Público de contar con un Libro de Reclamaciones.

Medición del tiempo de espera

La Oficina de Gestión de la Calidad regularmente realiza una medición anual del tiempo de espera en los procesos de atención al usuario. Esta medición cobra mayor énfasis con la dación de la Directiva Administrativa N°251-MINSA/2018/DGOS, "Directiva para la elaboración e implementación del Plan Cero Colas en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) adscritas al Ministerio de Salud".

VI. DIAGNOSTICO SITUACIONAL

LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD EN EL HOSPITAL SAN BARTOLOME

Vamos a valorar la calidad de la atención en el HONADOMANI San Bartolomé a través de las tres dimensiones de la calidad: entorno, humana y técnica.

La dimensión entorno tiene que ver con los elementos tangibles de la prestación y los procesos de soporte de la atención médica. La dimensión humana tiene que ver con la información que brindamos a los usuarios y nuestra empatía con el paciente. La dimensión técnica tiene que ver con la capacidad de dar una respuesta técnica y basada en evidencia científica, es decir una atención segura.

1.- DIMENSION ENTORNO

El estado situacional de esta dimensión la podemos valorar a través de los resultados de la evaluación de la satisfacción del usuario externo, que exploran aspectos relacionados a esta dimensión, como se muestra a continuación:

Tabla N°1. Grado de Satisfacción en la Dimensión "Aspectos Tangibles" en las Encuestas de Satisfacción del Usuario Externo 2018

ENCUESTA APLICADA	PORCENTAJE SATISFECHO
Consulta externa	68.3
Hospitalización	67.7
Emergencia	73.9

Como se puede apreciar, la población que acude a nuestro hospital, en términos generales, muestra satisfacción con los aspectos tangibles de la atención.

Sin embargo hay algunos aspectos puntuales que generan insatisfacción entre nuestros usuarios:



- En la encuesta de hospitalización, la insatisfacción llegó a un **51.4%** en Cirugía Pediátrica respecto a si los ambientes son cómodos y limpios; la insatisfacción llegó (en el mismo departamento) a.
- En la encuesta de emergencia de Gineco - obstetricia, la insatisfacción llegó a un **41.5%** respecto a contar con los medicamentos recetados.

Cuando centramos atención, no directamente al entorno, pero si en la oportunidad de la atención, hallamos las siguientes insatisfacciones:

- En la encuesta de consulta externa, la insatisfacción llegó a un **42.3%** en los consultorios de Pediatría al preguntárseles sobre rapidez en la atención del módulo SIS o caja. La insatisfacción llegó a un **50%** en los consultorios de Cirugía Pediátrica al preguntárseles sobre si el médico le atendió en el horario programado
- En la encuesta de hospitalización de Cirugía Pediátrica, la insatisfacción llegó a un **50.0%** en rapidez de tramites de alta

Se puede afirmar que la satisfacción con los aspectos tangibles del hospital es buena, sin embargo emergen algunos problemas en la oportunidad de la atención y comodidad en Cirugía Pediátrica

2.- DIMENSION HUMANA

La dimensión humana de la atención se valora midiendo la experiencia del usuario, tanto en la información que se le brinda, como la amabilidad en el trato; el instrumento más cercano a este propósito son las encuestas de satisfacción. Los resultados generales han sido los siguientes:

Tabla N°2. Porcentaje de Satisfacción en las Encuestas de Satisfacción del Usuario Externo - 2018

ENCUESTA APLICADA	GENERAL	DIMENSION EMPATIA
Consulta externa	73.1	72.9
Hospitalización	72.2	67.7
Emergencia	73.5	72.3

Como se puede apreciar, la población que acude a nuestro hospital, en términos generales, muestra satisfacción con la atención recibida.

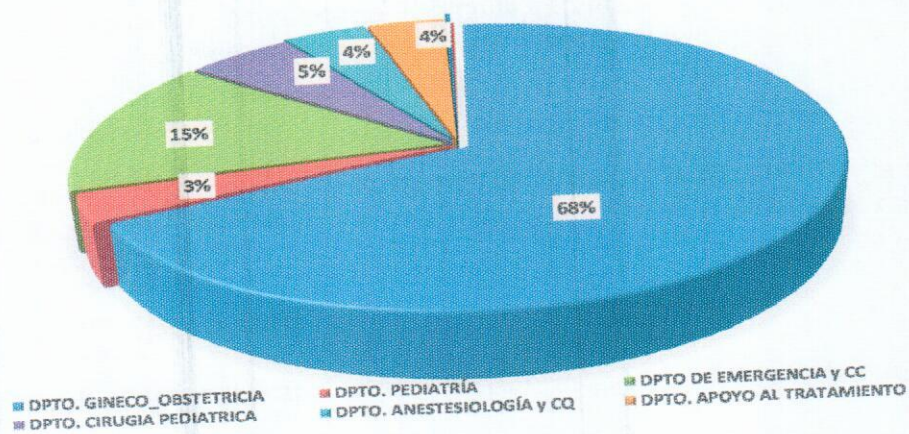
Sin embargo hay algunos aspectos que son susceptibles de mejora:

- En la encuesta de consulta externa, la insatisfacción llegó a un **43.6%** en los consultorios de Pediatría si el personal le trato con amabilidad, respeto y paciencia.
- En la encuesta de hospitalización, la insatisfacción llegó a un **54.2%** en Cirugía Pediátrica respecto a interés del médico para mejorar o solucionar su problema de salud y llegó a un **56.9%** en Cirugía Pediátrica respecto a trato con amabilidad, respeto y paciencia.

- En la encuesta de emergencia de Gineco – Obstetricia, la insatisfacción llegó a un **42.1%** respecto a si el medico mantuvo suficiente comunicación para explicar el seguimiento del problema de salud

(1087 casos), en segundo lugar está el Departamento de Emergencias y Cuidados Críticos 15% (243 casos), luego el Departamento de Anestesiología y Cuidados Críticos y Departamento de Apoyo al Tratamiento cada uno con 4% (67 y 61 casos respectivamente); el seguido del Departamento de Pediatría con 3% (54 casos)

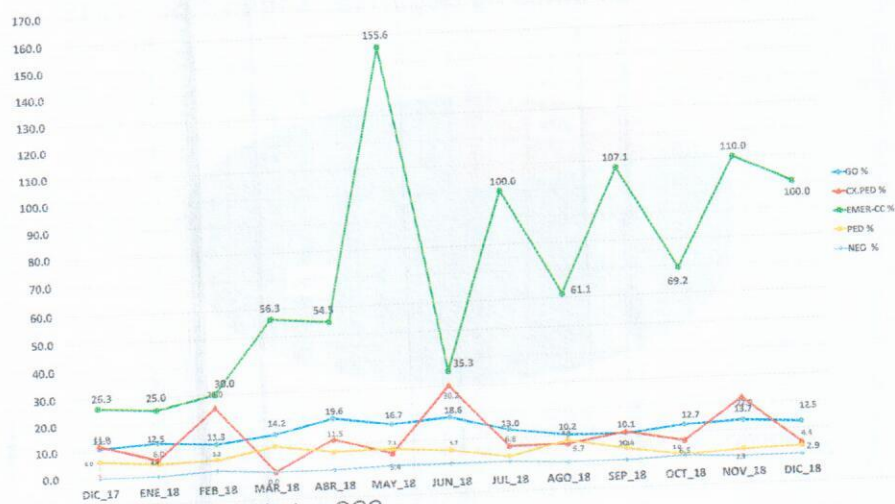
Grafico N° 5. Incidentes de Seguridad del Paciente por Departamentos - 2018



Fuente: Unidad de Seguridad del Paciente – OGC

Analizando la ocurrencia de incidentes de seguridad por ingresos hospitalarios, durante el 2018 es el departamento de Emergencias y Cuidados Críticos en el que se presentó el mayor porcentaje de incidentes de seguridad en relación a sus ingresos hospitalarios; presentándose un pico alto en el mes de mayo que llegó a 155.6%, significando ello que ocurrió más de un incidente de seguridad en un mismo paciente (Gráfico N° 6).

Grafico N° 6. Porcentaje de Incidentes de Seguridad por Ingresos Hospitalarios – 2017



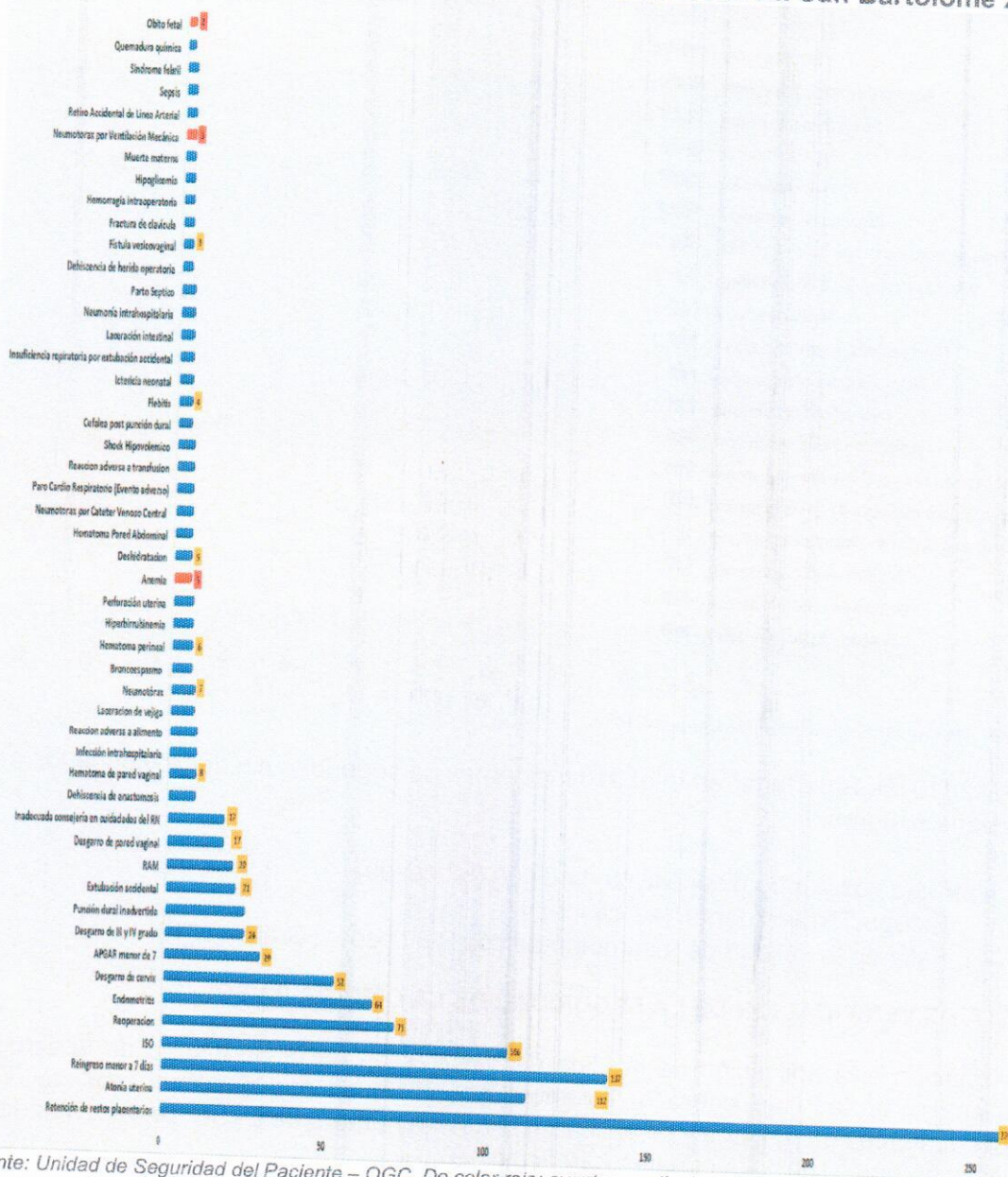
Unidad de Seguridad del Paciente – OGC

- retención de restos placentarios en cavidad uterina
- atonías uterinas
- desgarro de pared vaginal
- Infecciones de Sitio Operatorio (ISO)

Como eventos centinelas se reportaron:

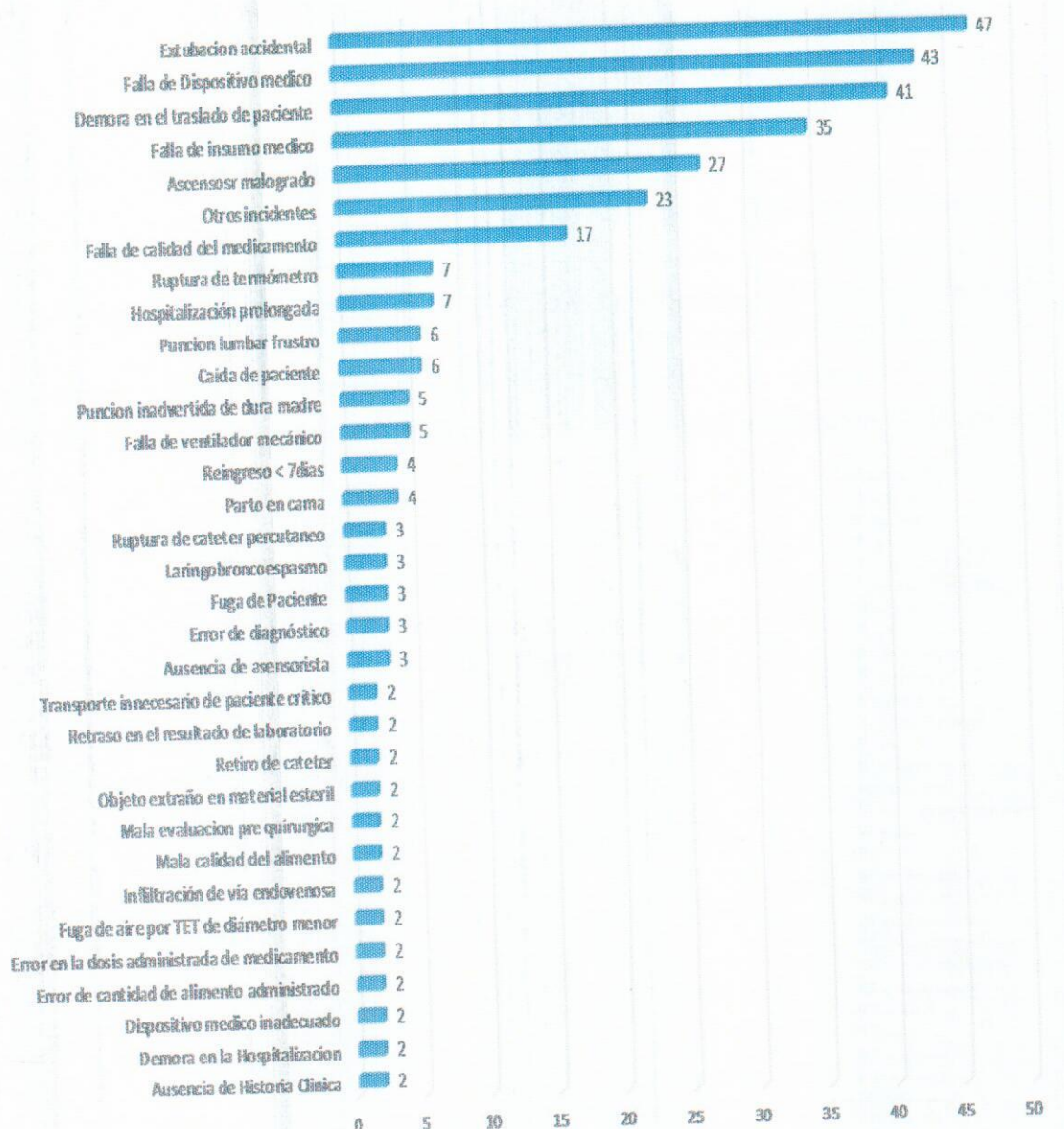
Paro cardíaco (05), quemadura química (04), muerte infantil (03), perforación uterina (03), perforación intestinal (03),

Grafico N° 7. Incidentes Seguridad con Daño HONADOMANI San Bartolomé 2018



Fuente: Unidad de Seguridad del Paciente – OGC. De color rojo: eventos centineia.

Grafico N° 8. Incidentes Seguridad sin Daño - HONADOMANI San Bartolomé 2018



Fuente: Unidad de Seguridad del Paciente – OGC.

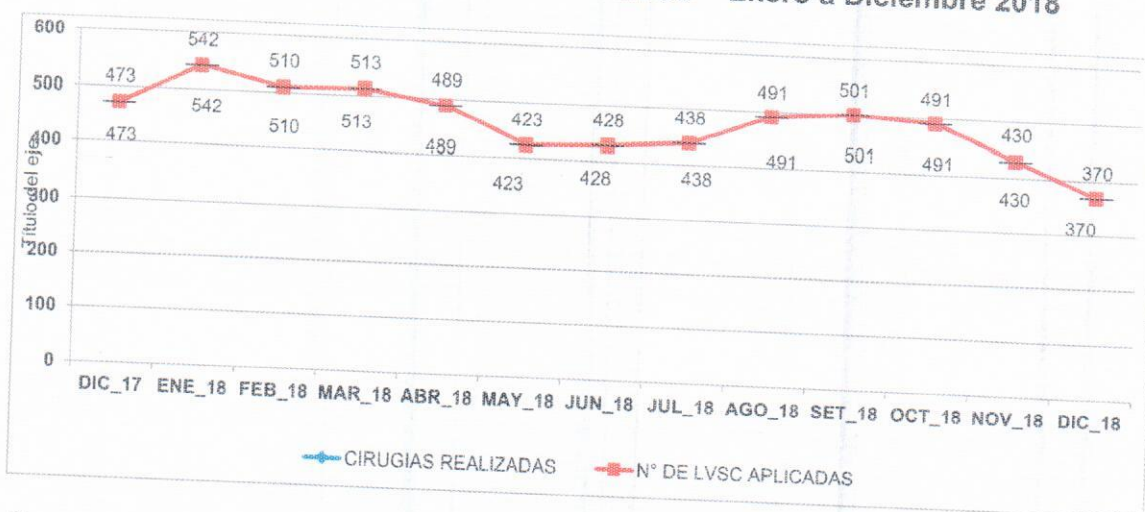
En el 2018, se reportaron en total 318 incidentes de seguridad sin daño; donde los más frecuentes fueron:

- Mala calidad de dispositivos médicos (52 casos),
- Extubación accidental (47 casos) y
- Falla de la calidad de insumos médicos (43 casos) (Gráfico N°8).

LISTA DE VERIFICACION DE LA SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA (LVSC)

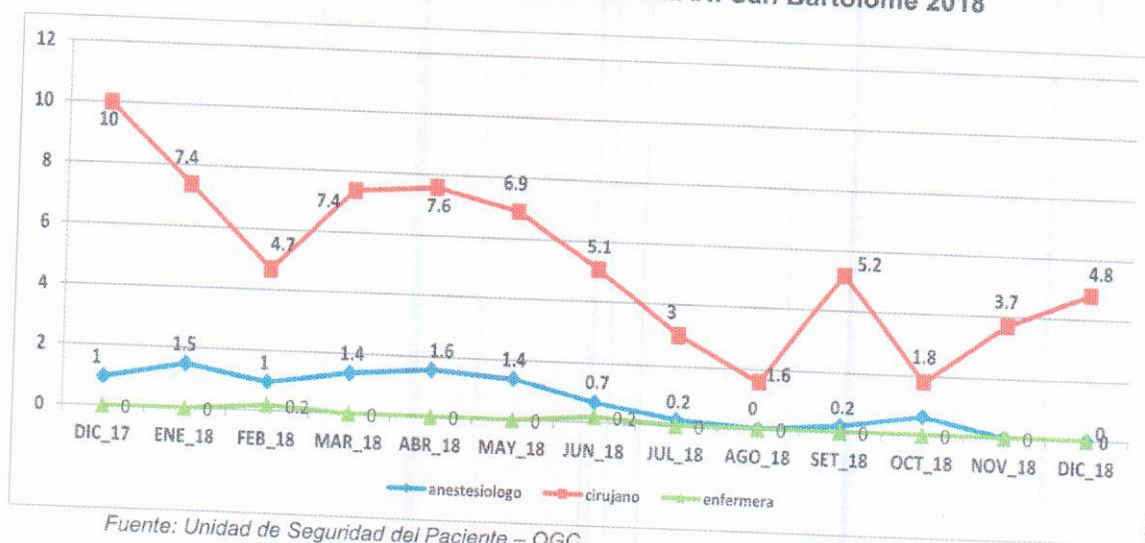
En relación a la aplicación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía, durante el período de enero a diciembre del 2018, se realizaron un total de 5256 procedimientos quirúrgicos y se aplicaron el mismo número de LVSC, representando su aplicación en el 100% de cirugías (Gráfico N° 9).

Grafico N° 9. Implementación de la LVSC – Enero a Diciembre 2018



Es en la tercera etapa (Antes que el paciente salga del quirófano) durante la cual se incumple con el ítem relacionado al registro de firma y sello, siendo los cirujanos y anestesiólogos los que más incumplen en registrar su firma y sello (Gráfico N° 10).

GRAFICO N° 10. Porcentaje de Incumplimiento de Llenado de Firma y Sello en la LVSC Enero a Diciembre 2018 - HONADOMANI San Bartolomé 2018



Fuente: Unidad de Seguridad del Paciente – OGC

En el mes de diciembre del 2018, se realizó una evaluación inopinada de la adherencia a la LVSC en 10 procedimientos quirúrgicos observándose que de los 36 ítems que están en la LVSC, el 14% (7 ítems) tuvieron un cumplimiento menor del 80%, y 16 ítems tuvieron cumplimiento del 100%.

Los ítems con mayor incumplimiento fueron:

- "Se confirma que el cirujano informa en voz alta la probable cantidad de pérdida de sangre prevista durante el procedimiento quirúrgico"
- "Se confirma que el anestesiólogo informa en voz alta la posibilidad de alguna complicación anestésica y su plan de reanimación" y

- "Se confirma que el coordinador(a) verifica verbalmente con el instrumentista que la esterilización se ha logrado verificando los indicadores de esterilización" con solo 50% de cumplimiento,

INDICADORES DE LA SEGURIDAD DEL PARTO

La Oficina de Gestión de la Calidad en el año 2018 ha realizado el monitoreo del comportamiento de un conjunto de indicadores, que forman parte del sistema de vigilancia de la atención del parto seguro en el hospital, con el objetivo de reducir los riesgos en la atención del mismo.

Vemos que los indicadores relacionados a las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud son los que están por encima del promedio estándar, como la Tasa de Endometritis por Parto Vaginal, la Tasa de Endometritis por parto por Cesárea, la Tasa de Infecciones de Sitio Operatorio, Tasa de ingreso a UCIM y Tasa de episiotomía.

Tabla N° 3. Promedio Anual de los Indicadores de Seguridad del Parto – 2018

Indicador	PROMEDIO Ene. a Dic.	Estándar - Fuente
ENDOMETRITIS POR PARTO VAGINAL casos x 100 partos vaginales	0.45	0.19 (promedio nacional Hospitales III-1)
ENDOMETRITIS POR PARTO POR CESAREA casos x100 cesáreas	2.01	0.57 (promedio nacional Hospitales III-1)
DESGARRO PERINEAL III/IV GRADO casos x 100 partos vaginales	0.44	0.52 (promedio Institucional)
FRACTURA DE CLAVICULA NEONATAL casos x 100 partos vaginales	2.66	3.18 (promedio Institucional)
EPISIOTOMIA EN PARTO VAGINAL casos x 100 partos vaginales	36.05	25 (estándar Internacional)
INFECCION DE SITIO OPERATORIO EN PACIENTES POSTCESAREA casos x 100 cesáreas	2.93	1.34 (promedio nacional Hospitales III-1)
TASA DE INGRESO A UCIM casos x 1000 gestantes	3.21	3.12 (promedio Institucional)
RECIÉN NACIDOS CON DIAGNÓSTICO DE ASFIXIA NEONATAL casos x total de recién nacidos vivos	0.65	-
TRANSFUSIONES (Mayor de 1 unidad) casos x 100 transfusiones en gestantes	2.01	2.5 (promedio Institucional)

Fuente: Informe del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la IAAS 2017-HONADOMANI SB, Reporte de eventos adversos de GO, SIP, Servicio de UCCM

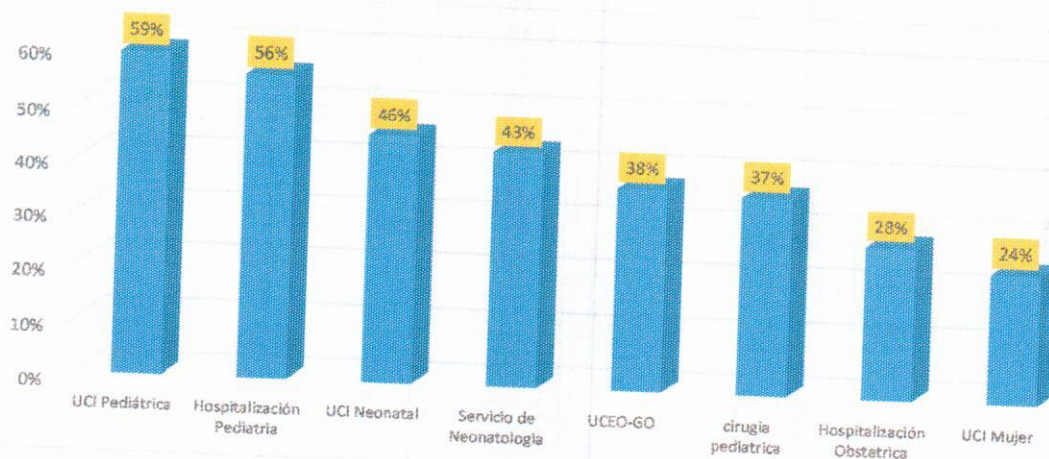
Los indicadores que están en relación al control de las infecciones intrahospitalarias son los enero a diciembre del 2018 no han disminuido, por el contrario a lo largo del período se han mantenido en valores muy altos alcanzando incluso cifras que han cuadruplicado y triplicado el valor de referencia, como la endometritis en parto por cesárea (enero, marzo, junio) y la endometritis por parto vaginal (enero, agosto) respectivamente, en el caso de las infecciones de sitio operatorio post-cesárea su valor ha llegado casi triplicar el valor de referencia promedio (abril, junio y octubre).

RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

A inicio del 2018, se procedió a la evaluación del cumplimiento de las acciones correctivas derivadas de las rondas de seguridad realizadas durante los años 2016 y 2017 y se verificó que el porcentaje de cumplimiento de la implementación de acciones correctivas por los diferentes servicios era muy baja; por ello se tomó la decisión de realizar nuevas rondas de seguridad en los servicios que tenían el más bajo porcentaje de cumplimiento de implementación de acciones correctivas.

De enero – agosto se realizaron ocho rondas de seguridad, para el seguimiento a los servicios diferentes (UCI Mujer, UCEO-GO, UCI Neonatología, Hospitalización Obstétrica, UCI Pediátrica, Hospitalización pediátrica y Servicio de Neonatología. El servicio con el mayor cumplimiento de buenas prácticas fue el servicio de hospitalización pediátrica con 69%, UCEO – GO con 66% y UCI Pediátrica con 64%.de cumplimiento.

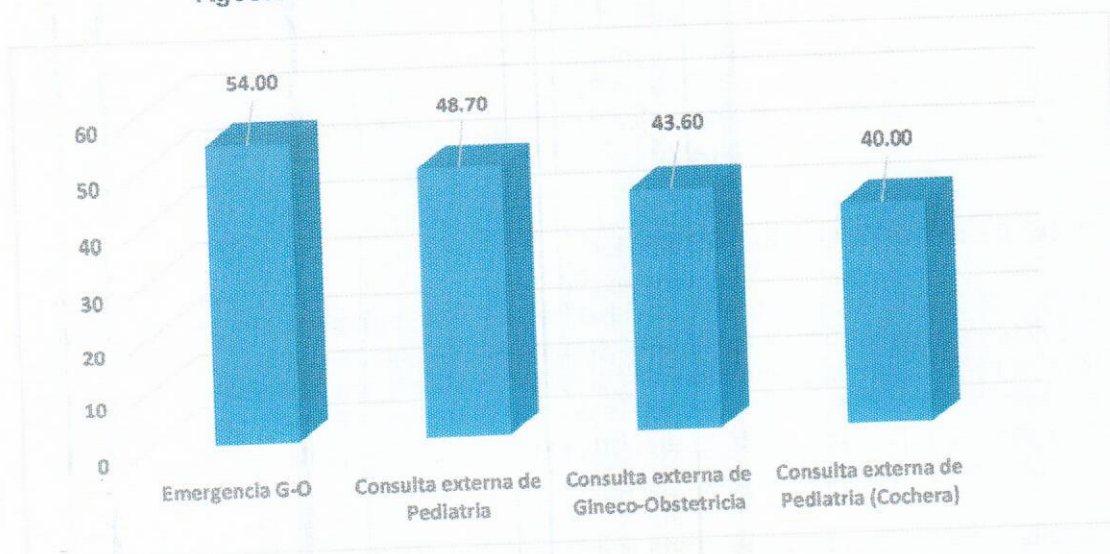
GRAFICO N° 11 Porcentaje de Cumplimiento de Buenas Prácticas por Servicios Enero a Agosto - HONADOMANI San Bartolomé 2018



Fuente: Unidad de Seguridad del Paciente – OGC

También de setiembre a diciembre del 2018 se realizaron cuatro rondas nuevas y completas de seguridad, una en cada mes y en cuatro servicios diferentes (Emergencia de Gineco-obstétrica, consultorio Externo de Pediatría, Consultorio Externo de Gineco-obstetricia y consultorio Externo de Pediatría – cochera).

**GRAFICO N° 12 Porcentaje de Cumplimiento de Buenas Prácticas por Servicios
Agosto a Diciembre - HONADOMANI San Bartolomé 2018**



Fuente: Unidad de Seguridad del Paciente – OGC

ANALISIS CAUSA RAZ DE EVENTOS CENTINELA

En el marco del sistema de identificación y notificación de incidentes de seguridad, en el 2018 se ha realizado el análisis causa raíz de cuatro eventos centinelas

Tabla N° 4 Implementación de recomendaciones en los Análisis de Causa Raíz de Eventos centinela - HONADOMANI San Bartolomé 2018

N°	Dpto	Mes	Acciones correctivas	Acciones implementadas
1	Pediatría	febrero	14	8
2	Cirugía Pediátrica	junio	16	2
3	Cirugía Pediátrica	octubre	17	11
4	Gineco obstetricia	diciembre	13	En proceso

AUDITORIA DE LA CALIDAD DE LA ATENCION

La auditoria de la calidad de la atencion, tambien nos da informacion sobre la dimension tecnica, dado que permite contrastar lo actuado versus las guias de practica clinica o el estado del arte de la medicina.

La observaciones mas frecuentes en las auditorias del 2018 fueron las siguientes:

- neumonía asociada a ventilación mecánica
- deficiente referencia de paciente postoperado
- técnica operatoria inadecuada
- valoración inadecuada del estado de consciencia
- historia clínica deficiente (pobre registro de reporte operatorio, inconsistencia diagnósticos e intervenciones, etc)

- no uso del recurso de la junta medica
- introduccion de tecnologia sin experticia

De toda la información presentada sobre lo realizado durante el año 2018; para el presente año 2019 debemos orientar nuestros esfuerzos a fortalecer la agenda de Seguridad, asumiendo nuevos retos, así mismo el presente plan debe contar con el Apoyo de las más altas autoridades de la Institución, así como la participación activa y responsable de los Jefes de Departamento y Servicio como también del personal Asistencial y Administrativo.

Es necesario continuar con la sensibilización y capacitación a los Jefes de Departamento y Servicio en temas de Seguridad del Paciente y gestión del riesgo, ello se constituye en un aspecto fundamental, como también el brindar asistencia técnica permanente para mejorar la identificación y notificación de Eventos Adversos por los mismos profesionales de la Salud.

Así mismo, continuar con la realización de las Rondas de Seguridad del paciente con un enfoque de "verificación e identificación de riesgos", como también de las buenas prácticas, que permita prevenir los incidentes de seguridad antes de que sucedan, para lo cual se debe continuar adaptando los instrumentos por servicios.

En relación a la cirugía segura, es necesario comprometer a todos los actores de Centro Quirúrgico para lograr una aplicación de la LVSC adecuada y concurrente, realizar visitas inopinadas en centro quirúrgico para verificar su aplicación y mejorar la adherencia a la LVSC.

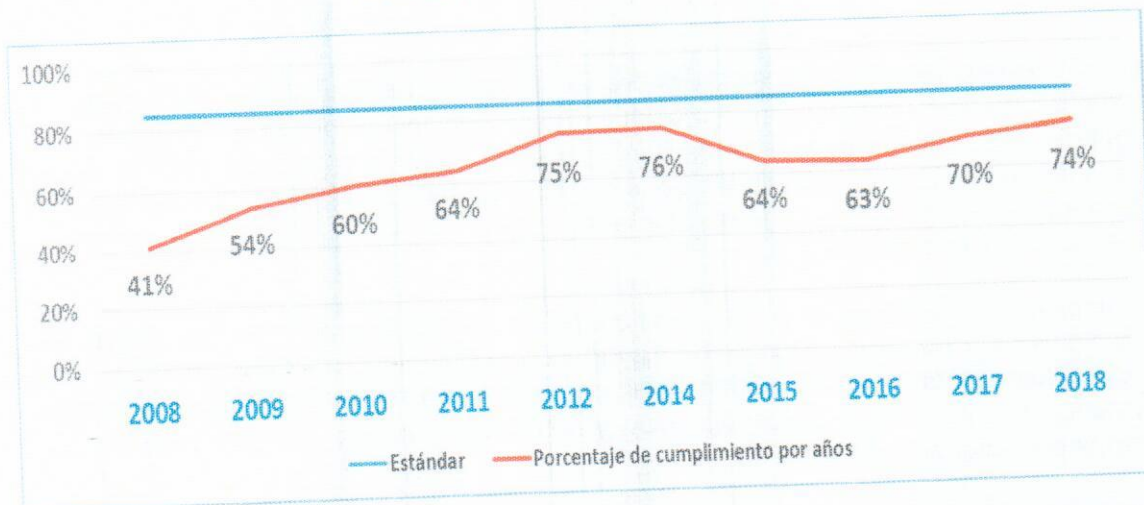
Un aspecto importante a desarrollar en el presente año, fortalecer el monitoreo permanente de la implementación de las acciones de mejora derivadas de las rondas de seguridad del paciente, del análisis causa raíz, de los reportes de incidentes de seguridad del paciente, que a la fecha muestra debilidades, por lo que se ha agregado una tarea específica de monitoreo en las actividades más importantes

4.- CALIDAD DE LA ATENCION POR MACROPROCESOS (AUTOEVALUACIÓN)

La articulación de los diversos esfuerzos por mejorar la calidad de la atención en una organización así como la medida en que se ha logrado organizarse para brindar una atención de calidad, se evalúa mediante los estándares de calidad. La evaluación por medio de los estándares de calidad se da en el proceso de la acreditación, La primera fase de la acreditación es la autoevaluación y los resultados de la autoevaluación 2018 alcanzaron el 74%.



**Grafico N° 13. Resultados de la Autoevaluación del 2008 al 2018
HONADOMANI San Bartolomé 2018**



Se aprecia que los últimos resultados hay un incremento en 4 puntos respecto a la última autoevaluación.

**Tabla N° 5. Porcentaje de Cumplimiento de la Autoevaluación por Categorías
2018**

Categoría	%
Gestión	78.3
Prestacional	69.6
Apoyo	76.0

En esta tabla se aprecia que los macroprocesos con menos puntuación corresponden a los prestacionales. Sin embargo los macroprocesos prestacionales han mejorado respecto al año anterior donde se obtuvo un 60.2%, de igual manera, los macroprocesos de apoyo han mejorado respecto al año anterior donde se obtuvo un 71.5%. Los macroprocesos gerenciales muestran una caída de 3 puntos.

Tabla N° 6. Semaforización del Cumplimiento por Macro Procesos en el Hospital San Bartolomé

Macroprocesos	Puntaje Máximo por Macro proceso	Puntaje Obtenido x Macro proceso	Cumplimiento x Macro proceso
Direccionamiento	47.88	36.61	76.47
Gestión de recursos humanos	47.88	45.06	94.12
Gestión de la calidad	47.88	43.79	91.43
Manejo del riesgo de atención	47.88	43.67	91.21
Gestión de seguridad ante desastres	47.88	15.39	32.14
Control de la gestión y prestación	47.88	40.51	84.62
Atención ambulatoria	47.88	35.91	75.00
Atención de hospitalización	47.88	34.58	72.22
Atención de emergencias	17.10	9.45	55.26
Atención quirúrgica	17.10	10.55	61.70
Docencia e Investigación	47.88	15.96	33.33
Apoyo diagnóstico y tratamiento	17.10	12.83	75.00
Admisión y alta	17.10	11.48	67.14
Referencia y contrarreferencia	17.10	16.09	94.12
Gestión de medicamentos	17.10	15.78	92.34
Gestión de la información	17.10	6.69	39.13
Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización	34.20	29.48	86.23
Manejo del riesgo social	17.10	12.44	72.73
Manejo de nutrición de pacientes	17.10	16.09	94.12
Gestión de insumos y materiales	17.10	15.13	88.48
Gestión de equipos e infraestructura	17.10	7.04	41.18

Menos del 50% Más del 50% y menos del 75% Entre el 75% y menos del 85% Más del 85%

De los 21 macroprocesos evaluados, 4 obtuvieron calificación menos del 50% (rojo), 3 macroprocesos alcanzaron calificación más del 50% y menos del 75% (anaranjado), 6 macroprocesos alcanzaron calificación entre el 75% y menos del 85% (amarillo) y finalmente 8 macroprocesos alcanzaron calificación más del 85% (verde).

Gestión de Seguridad ante Desastres muestra una significativa caída respecto al año anterior (2017: 73% - 2018: 32%).

Docencia e Investigación no muestra mejora respecto al año pasado (2017: 47% - 2018: 33%).

Gestión de la Información ha mostrado una significativa pérdida de puntaje (2017: 93% - 2018: 39%).

Gestión de Equipos e Infraestructura no muestra mejora respecto al año pasado (2017: 44% - 2018: 41%).

VII. OBJETIVO GENERAL

Fortalecer las intervenciones de seguridad de la atención y de mejora de la calidad, que contribuyan a la acreditación del Hospital.

VIII. OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Optimizar la Acreditación / Certificación Institucional
2. Desarrollar proyectos de mejora institucional de los procesos de atención
3. Fortalecer los mecanismos de atención e información al usuario
4. Mejorar la oportunidad de la atención ambulatoria
5. Conocer el grado de satisfacción del usuario externo
6. Fortalecer las buenas prácticas de atención y gestión del riesgo
7. Monitorear y evaluar los riesgos de la atención
8. Estandarizar los procesos en la atención clínica
9. Verificar la Calidad de Atención Técnica en Salud
10. Fortalecer la Organización de la Calidad
11. Control de las IAAS

IX. PROGRAMACION DE ACTIVIDADES POR OBJETIVO ESPECÍFICO

1. **Optimizar la Acreditación / Certificación Institucional**
Desarrollo del Plan de Mejora Post Autoevaluación
Desarrollo de la Autoevaluación
Preparación para la Certificación ISO
2. **Desarrollar proyectos de mejora institucional de los procesos de atención**
Implementación de Proyectos de Mejora Continua
3. **Fortalecer los mecanismos de atención e información al usuario**
Gestión de los reclamos del Libro de Reclamaciones
4. **Mejorar la oportunidad de la atención ambulatoria**
Gestión del Plan Cero Colas
5. **Conocer el grado de satisfacción del usuario externo**
Medición de la satisfacción del usuario externo
6. **Fortalecer las buenas prácticas de atención y gestión del riesgo**
Ejecución de rondas de seguridad
Evaluación de la aplicación de la Lista de verificación de cirugía segura



7. **Monitorear y evaluar los riesgos de la atención**
Registro, Notificación y Análisis de la ocurrencia de Eventos Adversos en Salud
Vigilancia de los indicadores de la seguridad del paciente
8. **Estandarizar los procesos en la atención clínica**
Implementación de POEs
Implementación de Guías de Práctica Clínica
Implementación de Guías de Procedimiento Asistencial
Adherencia a Guías de Práctica Clínica por UPSS
9. **Verificar la Calidad de Atención Técnica en Salud**
Desarrollo de Auditoría de la Calidad de Atención
10. **Fortalecer la Organización de la Calidad**
Planificación de la Gestión de la Calidad
Desarrollo del Plan de Gestión de la Calidad
11. **Control de las IAAS**
Reporte de Implementación de los Lineamientos para la Prevención y Control de las IAAS
Reporte de la Implementación del proceso de higiene de manos desarrollado por epidemiología

X. RESPONSABILIDADES

La Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, será responsable del cumplimiento, monitoreo y evaluación del presente Plan de Gestión de la Calidad.

Según su responsabilidad funcional, la Oficina de Epidemiología es responsable del objetivo 10.

XI. ANEXOS

Matriz de Programación del Plan de Gestión de la Calidad 2019 del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé.





MATRIZ DE PROGRAMACIÓN DEL PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD 2019 DEL HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO SAN BARTOLOMÉ

[illegible]

MATRIZ DE PROGRAMACIÓN DEL PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD 2019 DEL HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO SAN BARTOLOMÉ

MATRIZ DE PROGRAMACIÓN DEL PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD 2019 DEL HOSPITAL NACIONAL DOCTOR WAGNER PRADO																			
OBJETIVO	INDICADOR	ACTIVIDAD	TAREA	UNIDAD DE MEDIDA	UNIDAD ORGANICA	TOTAL 2019	PROGRAMACIÓN 2019												
							EN	FE	MA	AB	MAY	JUN	JUL	AG	SE	OC	NO	DI	
Fortalecer las buenas practicas de atención y gestion del riesgo	IND 7: Incremento del cumplimiento de las buenas practicas en los servicios: >=80%	Ejecución de rondas de seguridad	Elaborar Plan de Rondas de Seguridad	Plan de Rondas de Seguridad elaborado	OGC- U Seguridad del Paciente	1	1												
			Ejecutar las rondas de seguridad	Seis (06) Reportes de rondas de seguridad	OGC- U Seguridad del Paciente	6		1		1		1		1		1			
			Monitoreo del cumplimiento de las recomendaciones de las rondas de seguridad	Seis (06) Reportes de monitoreo de las rondas de seguridad	OGC- U Seguridad del Paciente	6	1		1		1		1		1		1		
			Aplicación de la LVCS	Doce (12) Reportes de aplicación de LVCS	OGC- U Seguridad del Paciente	12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		
	IND 8: Incrementar el porcentaje de adherencia a los verificadores de la LVSC: >=10%	Evaluación de la aplicación de la Lista de verificación de cirugía segura	Supervisión de la Aplicación de la LVCS	Dos (02) Informes de supervisión	OGC- U Seguridad del Paciente	2						1					1		
			Aplicación de la encuesta para la implementación de la LVCS	Dos (02) Informes	OGC- U Seguridad del Paciente	2						1					1		
			Consolidación de los reportes de incidentes de seguridad	Doce (12) Informes de incidentes de seguridad	OGC- U Seguridad del Paciente	12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		
			Análisis y recomendaciones de los reportes de incidentes de seguridad	Dos (02) Informes de análisis de incidentes de seguridad	OGC- U Seguridad del Paciente	2						1					1		
Monitorear y evaluar los riesgos de la atención	IND 9: Porcentaje de cumplimiento de las recomendaciones (ACR): >= 60%	Registro, Notificación y Análisis de la ocurrencia de Eventos Adversos en Salud	Desarrollo de Análisis causal de eventos adversos (ACR)	Cuatro (04) Informes de Análisis de incidentes de seguridad	OGC- U Seguridad del Paciente	4		1						1			1		
			Monitoreo del cumplimiento de recomendaciones de Análisis causal de eventos adversos (ACR)	Cuatro (04) Informes de monitoreo de ACR	OGC- U Seguridad del Paciente	4			1			1				1			
			construcción y análisis los indicadores de seguridad de la atención	Doce (12) Informes de indicadores de seguridad del paciente	OGC- U Seguridad del Paciente	4			1			1			1		1		
			Desarrollo de Directiva para la elaboración de POEs	Una (01) Resolución Directoral de aprobación	OGC	1						1							
Estandarizar los procesos en la atención clínica	IND 10: Porcentaje de adherencia a las GPC: >= 80%	Implementación de Guías de Práctica Clínica	Desarrollo de las Guías de Práctica Clínica	Dos (02) Guías de Práctica Clínica desarrolladas	OGC	2						1					1		
			Desarrollo de las Guías de Procedimiento POEs oficiales	Un (01) Reporte del Estado de GP oficializadas con RD x UPSS.	OGC	1						1					1		
			Evaluación de la adherencia a las guías de práctica clínica de áreas y procedimientos priorizadas.	Dos (02) Informes de evaluación de la Adherencia	OGC	2						1							
			Plan Anual de Auditoría de la Calidad de Atención (cronograma).	Una (01) Resolución Directoral de aprobación	OGC- U Garantía de Calidad	1				1									
Verificar la Calidad de Atención Técnica en Salud	IND 11: Porcentaje de cumplimiento de las recomendaciones de las auditorías: >= 60%	Desarrollo de Auditoría de la Calidad de Atención	Evaluación de la Ejecución del Plan Anual de Auditoría de la Calidad de Atención	Dos (02) Informes de la Ejecución del Plan Anual de Auditoría de la Calidad de Atención	OGC- U Garantía de Calidad	2							1				1		
			Seguimiento de implementación de recomendaciones	Tres (03) Informe de seguimiento	OGC- U Garantía de Calidad	4				1			1			1		1	
Fortalecer la Organización de la Calidad	IND 12: Porcentaje de Cumplimiento del Plan de Gestión de la Calidad: >=80%	Planificación de la Gestión de la Calidad	Desarrollo del Plan de Gestión de la Calidad	Una (01) Resolución Directoral de aprobación	OGC	1					1								
			Ejecución del Plan Anual de Gestión de la Calidad y Derechos de las Personas.	Cuatro (04) Informes sobre la Ejecución del Plan Anual de Gestión de la Calidad	OGC	4		1						1				1	
			Solicitar Informes de implementación de los Lineamientos para la Prevención y Control de las IAAS	Cuatro (04) Informes en relación al porcentaje de implementación de los seis lineamientos para la Prevención y Control de las IAAS	Oficina de Epidemiología	4						1					1		1
			Implementación del proceso de higiene de manos	Doce (12) Informes sobre monitoreo a la adherencia a la higiene de manos	OGC	12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

