



PERÚ

Ministerio
de SaludHospital Nacional Docente
Madre-Niño "San Bartolomé"N° 064 - 2021 -DG-HONADOMANI-SB

Resolución Directoral

Lima, 09 de Abril de 2021**VISTO:**

El Expediente N° 03478-21, y;

CONSIDERANDO:

Que, el artículo IV del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, disponen que, "La salud pública es responsabilidad primaria del Estado. La responsabilidad en materia de salud individual es compartida por el individuo, la Sociedad y el Estado";

Que, mediante Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, se aprobó el Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, cuya finalidad es "Contribuir a fortalecer los procesos de mejora continua de la calidad en salud en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo;

Que, con Resolución Ministerial N° 727-2009-MINSA, se aprobó el Documento Técnico: "Política Nacional de Calidad en Salud", cuya finalidad es la de "Contribuir a la mejora de la calidad de la atención de salud en las organizaciones proveedoras de servicios de salud mediante la implementación de directrices emanadas de la Autoridad Sanitaria Nacional";

Que, el artículo 17° del Reglamento de Organización y Funciones (ROF) del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé", aprobado mediante Resolución Ministerial N° 884-2003-SA/DM, establece que la Oficina de Gestión de la Calidad, es el órgano de asesoría de la Dirección General, encargado de implementar el Sistema de la Gestión de la Calidad en el hospital para promover la mejora continua de la atención asistencial y administrativa al paciente mujer, niño y adolescente, con la participación activa del personal e involucramiento del usuario;

Que, mediante Nota Informativa N° 057-2021-OGC-HONADOMANI-SB, de fecha 16 de marzo de 2021, el Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad se dirige al Director General e informa que en Cumplimiento de los Criterios de Programación de Actividades 2021 EESS, del Viceministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud – Unidad Funcional de Gestión de la Calidad, se ha desarrollado el Plan de Gestión de la Calidad 2021, a fin de implementar la primera actividad de planeamiento: Elaboración del Plan de Gestión de la calidad por EESS (categoría 1-3 hasta III-2);

Que, mediante Nota Informativa N° 0186.UP.OEPE.HONADOMANI.SB.21, de fecha 26 de marzo de 2021, dirigida al Director Ejecutivo de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, por el Coordinador del Equipo de Presupuesto de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, anexando el Informe N° 011-UPO-2021-HONADOMANI-SB, el mismo que concluye que, el Plan de Gestión de la Calidad 2021 del HONADOMANI "San Bartolomé" cuenta con el sustento y marco legal necesario, el mismo que se encuentra debidamente alineado a los objetivos estratégicos del Plan Institucional del MINSa;

Que, a través de la Nota Informativa N° 274-OEPE-HONADOMANI-SB-2021, de fecha 29 de marzo de 2021, el Director Ejecutivo de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, se dirige al Director General del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé", y otorga opinión favorable para la oficialización del Documento Técnico: "PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD 2021 DEL HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO SAN BARTOLOMÉ";



Que, mediante Nota Informativa N° 052-2021-DA-HONADOMANI-SB, de fecha 30 de marzo de 2021, dirigida al Director General del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé", el Director Adjunto comunica que su despacho ha evaluado los documentos del expediente administrativo y en el marco de su competencia otorga opinión favorable para la oficialización del "PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD 2021 DEL HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO SAN BARTOLOMÉ", sugiriendo se emita la correspondiente Resolución Directoral;

Que, mediante Memorandum N° 078-2021-DG-HONADOMANI-SB, de fecha 05 de abril de 2021, el Director General, solicita a la Jefatura de la Oficina de Asesoría Jurídica, proyectar el acto resolutorio de oficialización del "PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD 2021 DEL HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO SAN BARTOLOMÉ";

Que, los actos de administración interna se orientan a la eficacia y eficiencia de los servicios y a los fines permanentes de las entidades y son emitidos por el órgano competente siendo su objeto física y jurídicamente posible, resulta necesario emitir el acto resolutorio de aprobación del Plan de Gestión de la Calidad 2021 del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé", cuya finalidad es 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 Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé";

Con la visación de la Dirección Adjunta, Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, la Oficina de Gestión de la Calidad y de la Oficina de Asesoría Jurídica del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé";

En uso de las facultades y atribuciones conferidas al Director General del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé", mediante Resolución Viceministerial N° 020-2021-SA/DVMPAS y del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé", aprobado por Resolución Ministerial N° 884-2003-SA/DM;

SE RESUELVE:

Artículo Primero.- Aprobar el Documento Técnico: "PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD 2021 DEL HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOMÉ", que como anexo forma parte integrante de la presente Resolución Directoral.

Artículo Segundo.- Encargar a la Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé", el cumplimiento, monitoreo y evaluación del Plan de Gestión de la calidad 2021, aprobado en el artículo primero de la presente resolución.

Artículo Tercero.- Encargar a la Oficina de Estadística e Informática, la publicación de la presente Resolución a través del portal de la Institución, en la Dirección Electrónica www.sanbartolome.gob.pe.

Regístrese, Comuníquese

JCJCC/JNPI/AWDF/ASP/JCJO/lccs
c.c

- DA
- OEPE
- OAJ
- OGC
- OEI
- Archivo



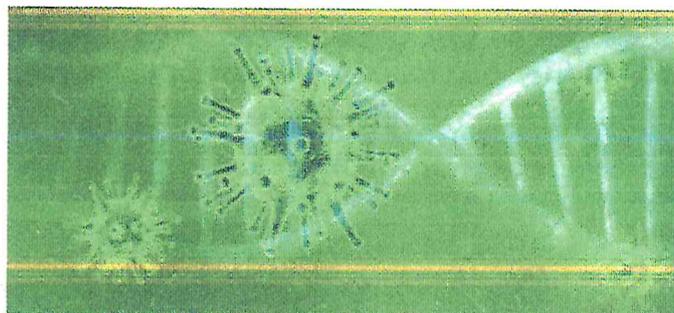
MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"
M.C. JULIO CANO CARDENAS
DIRECTOR GENERAL
CMP 12726 PNE. 4674

MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO DE GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO
SAN BARTOLOME
Documento Autenticado
13 ABR 2021
SRA. MONICA MARCELA ALLAN SOTO
FEDATARIO
Reg. N° Fecha:

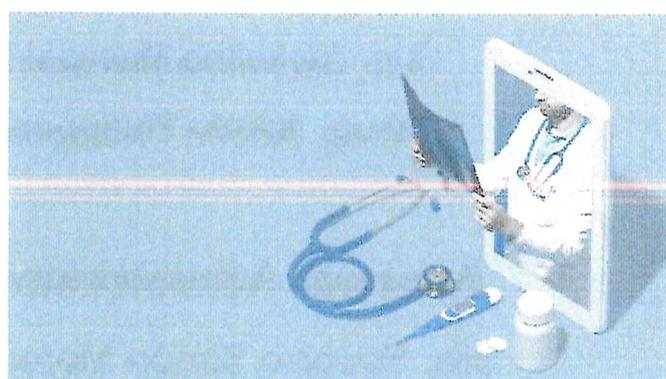


**HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE
NIÑO SAN BARTOLOME**

**OFICINA DE GESTIÓN DE LA
CALIDAD**



**DOCUMENTO TÉCNICO:
“PLAN DE GESTIÓN
DE LA CALIDAD 2021
HONADOMANI SAN
BARTOLOMÉ”**



Marzo - 2021

Dr. Julio Cano Cárdenas

Director General

Dr. José Pimentel Ibarra

Director Adjunto

Dr. Álvaro Santivañez Pimentel

Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad

Equipo Técnico de la Oficina de Gestión de la Calidad

Dr. Augusto Díaz Falcón

Dra. Edson Valdivia Vera

Lic. Flor de María Huamán Astocondor

Lic. Gloria Asmat Bautista

Lic. Jackeline Macassi Meza

Abog. Adolfo Philippon Chang

Asistente Administrativo

Sra. Socorro Simón Moreno

ÍNDICE

I. INTRODUCCION.....	4
II. FINALIDAD	5
III. BASE LEGAL	5
IV. AMBITO DE APLICACION	6
V. IMPLEMENTACION DEL SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD EN EL HONADOMANI SAN BARTOLOME.....	6
VI. DIAGNOSTICO SITUACIONAL	13
VII. OBJETIVO GENERAL	29
VIII. OBJETIVOS ESPECIFICOS	29
IX. PROGRAMACION DE ACTIVIDADES POR OBJETIVO ESPECÍFICO	30
X. RESPONSABILIDADES	30
XI. ANEXOS.....	30



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 2021, 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, con un énfasis mayor en las rondas de seguridad y la autoevaluación para la acreditación.

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 de Urgencia N° 017-2019, que establece medidas para la cobertura universal de salud.
- Decreto Supremo N° 013-2006 - SA "Reglamento de Establecimiento de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".
- Decreto Supremo N° 031-2014-SA.- 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.
- Decreto Supremo N° 035-2020-SA.- Decreto Supremo que establece los criterios técnicos para definir los indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios a cumplir en el año 2021, para percibir la entrega económica anual a la que hace referencia el artículo 15 del Decreto Legislativo N° 1153, Decreto Legislativo que regula la Política Integral de Compensaciones y Entregas Económicas del Personal de la Salud al Servicio del Estado.
- Resolución de Secretaria 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° 527-2011/MINSA, que aprueba la Guía Técnica para la Evaluación de la Satisfacción del Usuario Externo en los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".
- Resolución Ministerial N° 095-2012/MINSA, que aprueba la Guía Técnica: "Guía para la Elaboración de Proyectos de Mejora y la Aplicación de Técnicas y Herramientas para la Gestión de la Calidad".
- 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".
- Resolución Ministerial N° 163-2020-MINSA, que aprueba la Directiva Sanitaria N° 92-MINSA/2020/DGAIN: "Directiva Sanitaria de Rondas de Seguridad del Paciente para la gestión del riesgo en la atención de salud".
- Resolución Ministerial N° 316-2020-MINSA. Comité de Vigilancia de asignación y uso de Equipos de Protección Personal.

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

El Sistema de Gestión de la Calidad del HONADOMANI San Bartolomé, esta articulado a la Política Nacional de Calidad en Salud aprobada mediante Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA; por lo tanto, contribuye a la implementación de las políticas referentes a las Organizaciones Proveedoras de Atención de Salud y sus Establecimientos de Salud, como se describe a continuación:

El HONADOMANI San Bartolomé, establece y dirige estrategias de implementación de la política nacional de calidad, mediante sistemas y procesos organizacionales orientados al desarrollo de una cultura centrada en las personas y que hace de la mejora continua su tarea central.

Objetivo:

Garantizar la adecuada implementación de las políticas nacionales de calidad.

Estrategia:

Implementación de un Sistema de Gestión de Calidad de la Atención de Salud.

En ese marco, el presente Plan de Gestión de la Calidad se articula con las siguientes Políticas Nacionales de Calidad de la Atención en Salud:

Séptima Política:

Las organizaciones proveedoras de atención de salud asumen como responsabilidad que los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo bajo su administración cumplan las normas y estándares de infraestructura, de equipamiento, de aprovisionamiento de insumos, de procesos y resultados de la atención; aprobados por la Autoridad Sanitaria e implementen acciones de mejora de la calidad de la atención.

Objetivo:

Mejorar la calidad de la atención de salud de manera sistemática y permanente.

Estrategias:

Acreditación de establecimientos y servicios médicos de apoyo.



Implementación de planes, programas y procesos de mejora de la calidad de la atención en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo.

Octava Política:

Las organizaciones proveedoras de atención de salud asumen como responsabilidad que los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo bajo su administración, implementen mecanismos para la gestión de riesgos derivados de la atención de salud.

Objetivo:

Reducir la ocurrencia de eventos adversos durante el proceso de atención de salud y atenuar sus efectos.

Estrategias:

Implementación de mecanismos de información sobre la ocurrencia de incidentes y eventos adversos.

Implementación de planes de seguridad para la gestión de la reducción y mitigación de los riesgos derivados de la atención.

Novena Política:

Las organizaciones proveedoras de atención de salud asumen como responsabilidad que los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo bajo su administración, protejan los derechos de los usuarios, promuevan y velen por un trato digno, asimismo, fomenten prácticas de atención adecuadas a los enfoques de interculturalidad y género y brinden las facilidades para el ejercicio de la vigilancia ciudadana de la atención de salud.

Objetivo:

Garantizar el pleno ejercicio del derecho a la salud de los usuarios con enfoque de interculturalidad y género.

Estrategias:

Implementación de instancias y mecanismos de protección de los derechos de los usuarios.

Promoción de prácticas de atención orientadas por los enfoques de interculturalidad y género.

Implementación de mecanismos para el acceso a la información de la atención brindada a los usuarios.

Así mismo, en el Sistema de Gestión de la Calidad en Salud establece cuatro (04) componentes: Planificación, Organización, Garantía y Mejora, e Información para la calidad. El despliegue del SGC en el HONADOMANI San Bartolomé se desarrolla en cada uno de esos cuatro componentes:

1.1 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, en mayo del 2006 y el Documento Técnico "Política Nacional de Calidad en Salud" aprobado mediante Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, en octubre del 2009. Asimismo se toma en consideración la Matriz de los Criterios de Programación 2021 remitida por la DIRIS LIMA CENTRO, mediante EMAIL N° 437-2020-J-OGC- DIRIS-LC el 31 de diciembre del 2020, y los Compromisos de Mejora, mediante EMAIL N° 30-2021-OGC- DIRIS-LC el 8 de febrero del 2021.

Los planes que debe elaborar la Oficina de Gestión de la Calidad son los siguientes:

1. Plan de Gestión de la Calidad 2021
2. Cronograma Rondas Seguridad 2021
3. Plan de Mejora Autoevaluación 2021
4. Plan de Autoevaluación 2021
5. Plan de Mejora Continua de la Calidad 2021
6. Plan Cero Colas 2021
7. Plan de Auditoria de la Calidad de la Atención 2021

1.2 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 Unidad Funcional de Gestión de la Calidad).

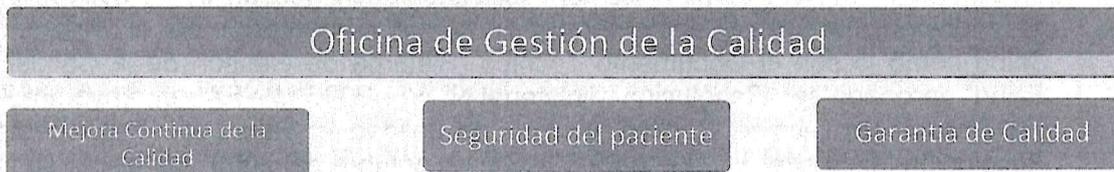
Para el cumplimiento de sus responsabilidades funcionales establecidas en el Manual de Organización y Funciones vigente, cuenta con tres unidades (Gráfico N°1):

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



Diseño: Oficina de Gestión de la Calidad. 2020



1.3 GARANTIA Y MEJORA

Evaluación monitoreo y toma de decisiones

La Oficina de Gestión de la Calidad promueve la formulación de indicadores de la calidad y seguridad de la atención institucional. Hasta la fecha se han aprobado los Indicadores de Calidad de Banco de Sangre con Resolución Directoral N° 201-2019-DG-HONADOMANI-SB del 14 de noviembre del 2019.

Auditoria de la calidad de atención

Anualmente el hospital formula y aprueba el Plan de Auditoria de la Calidad de Atención en Salud mediante una Resolución Directoral, para el año 2020 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 2020, el Plan de Auditoria de la Calidad de la Atención en Salud se aprobó mediante la Resolución Directoral N°028-2020-DG-HONADOMANI SB (20/02/2020).

Mediante la Resolución Directoral N°287-2017-DG-HONADOMANI-SB se conformó el Comité de Auditoría Médica y el Comité de Auditoria en Salud. Sin embargo, este último comité se reconstituyó mediante la Resolución Directoral N°105-2019-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.

En el 2020, estos comités generaron los siguientes informes:

Comité de Auditoría Médica

1. Nota Informativa N° 026-2020 OGC HONADOMANI SB, se elevó un informe de auditoría de caso por una muerte neonatal.
2. Nota Informativa N° 092-2020 OGC HONADOMANI SB, se elevó un informe de auditoría de caso por una muerte neonatal.
3. Nota Informativa N° 241-2020 OGC.HONADOMANI-SB Mayo, se elevó un informe de auditoría de caso por muerte COVID.
4. Nota Informativa N° 250-2020 -OGC.HONADOMANI-SB agosto se elevó un informe de auditoría de caso por muerte materna.

Acreditación de establecimientos

El hospital ha llevado a cabo trece 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 año pasado, se hizo mediante la RD N°153-2020-DG-HONADOMANI-SB y la RD N°174-2020-DG HONADOMANI-SB, respectivamente.

A lo largo de estos doce 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.

En el 2021, el proceso de autoevaluación se está incorporando en los Compromisos de Mejora Institucional.

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 prevenir riesgos, como:

- Las rondas de seguridad
- Los análisis de causa raíz
- Las alertas de seguridad
- 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.

Mediante la Resolución Directoral N°014 -DG - HONADOMANI - SB/2018, se aprobó la Guía Técnica: Metodología para el Análisis de Causa Raíz de Eventos Centinela.

En el 2021, las rondas de seguridad se están incorporando en los Compromisos de Mejora Institucional.

El reporte de incidentes de seguridad se da de la siguiente manera:



**Tabla N° 01: Porcentaje de Servicios que reportan Incidentes de seguridad del paciente.
Enero a Diciembre 2020**

N° SERVICIOS	DEPARTAMENTO - SERVICIO	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
		% de Reportes											
	DPTO DE GINECOOBSTETRICIA	33%	17%	33%	33%	50%	17%	17%	25%	25%	25%	25%	25%
1	Servicio de Medicina Materno Fetal (C.O)												
2	Servicio de Gineco-Obstetricia de la Adolescente		NI				NI						
3	Servicio de Reproducción Humana	NF	NF	NF	NF	NF	NF	NF	NF	NF	NF	NF	NF
4	Servicio de Ginecología Oncológica	NF	NF	NF	NF	NF	NF	NF	NF	NF	NF	NF	NF
5	Servicio de Ginecología	NI	NI	NI	NI		NI						
6	Servicio de Medicina Especialidades	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI
	DPTO DE PEDIATRIA	33%	17%	0%	17%	33%	33%	51%	40%	80%	60%	17%	66%
7	Servicio de Neonatología	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR			NR	
8	Servicio de Lactantes		NR	NR	NR							NR	
9	Servicio del Niño			NR	NR								
10	Servicio del Adolescente	NR	NR	NR		NR	NR		NR		NR	NR	
11	Servicio de Sub Especialidades Pediátricas	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
12	Servicio de Medicina de Rehabilitación	NF	NF	NF	NF	NF	NF	NF	NF	NF	NF	NR	NR
	DPTO DE CIRUGIA PEDIATRICA	33%	100%	0%	33%	66%	33%	33%	33%	66%	66%	66%	66%
13	Servicio de Cirugía Pediátrica Ortopedia y Traumatológica Infantil												
14	Servicio de Cirugía Neonatal	NR		NR	NR		NR	NR	NR				NR
15	Servicio de Cirugía Especializada	NI		NI									
	DPTO DE ODONTOESTOMATOLOGIA	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
16	Servicio de Odontología de la Mujer	NF	NF	NF	NF	NF	NF	NF	NF	NF	NF	NF	NF
17	Servicio de Odonto Pediatría	NF	NF	NF	NF	NF	NF	NF	NF	NF	NF	NF	NF
	DPTO DE EMERGENCIA Y CUIDADOS CRITICOS	50%	75%	0%	25%	75%	75%	25%	50%	75%	25%	50%	25%
18	Servicio de Emergencia	NR		NR	NR						NR		NR
19	Servicio de Cuidados Críticos del Neonato			NR	NR			NR	NR		NR	NR	NR
20	Servicio de Cuidados críticos del Niño y Adolescente			NR				NR	NR				
21	Servicio de Cuidados Críticos de la Mujer	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI		NR	NR	NR	NI
	DPTO DE ANESTESIOLOGIA Y CENTRO QUIRURGICO	33%	33%	33%	0%	33%	0%	33%	33%	0%	33%	0%	0%
22	Servicio de Centro Quirúrgico				NR		NR			NR		NR	NR
23	Servicio de Recuperación	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI
24	Servicio de Central de Esterilización	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI
	DPTO DE APOYO AL TRATAMIENTO	50%	25%	0%	25%	25%	25%	50%	25%	25%	25%	25%	25%
25	Servicio de Psicología	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NR	NI
26	Servicio de Trabajo Social	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NR	NR	NR
27	Servicio de Nutrición y Dietética		NR	NR	NR	NR	NR		NR	NR	NR	NR	NR
28	Servicio de Farmacia												
	DPTO DE AYUDA AL DIAGNOSTICO	0%	0%	0%	33%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	33%	0%
29	Servicio de Patología Clínica	NR	NR	NR		NR							
30	Servicio de Anatomía Patológica	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NR	NR
31	Servicio de Diagnóstico por Imágenes	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR		NR

Fuente: Notificación de Incidentes de Seguridad por Servicio. Unidad de Seguridad del Paciente –OGC

SI Reporta incidentes No informa incidentes NI No Reporta incidentes NR Servicios no funcionales por la pandemia NF

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.

La elaboración de las guías de práctica clínica están reguladas por la Directiva Sanitaria N° 002-OGC-HONADOMANI-SB-2009-V.01 "Directiva Sanitaria para la Elaboración de Guías de Práctica Clínica".



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.

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.

El año 2020 se ha recogido el modelo de Mejora de la Calidad desarrollado por la organización Institute for Healthcare Improvement (IHI).

1.4 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. Sin embargo en el contexto de la epidemia hay restricciones económicas para contratar encuestadores, así como en el aforo. Durante el año 2020 se ha explorado llevar a cabo metodologías cualitativas para recoger la perspectivas del usuario, particularmente en la atención ambulatoria por telemedicina; sin embargo falta protocolizarlas.

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. El manejo de la Plataforma de Atención al Usuario esta ahora a cargo de la Oficina de Comunicaciones, mediante la Resolución Directoral N°054 -2019 -DG-HONADOMANI-SB.

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 Publico de contar con un Libro de Reclamaciones.

Sin embargo dado el contexto de la epidemia, es necesario pasar de procesos de reclamos presenciales a virtuales, por lo que en el 2020 se han iniciado coordinaciones con Informática.

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". Sin embargo, actualmente el mayor número de consultas son virtuales y solo un reducido número es presencial. Esto nos da la oportunidad para consolidar la organización y realizar los cambios necesarios para brindar una mejor atención presencial.

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

En el año 2020 no se han llevado a cabo encuestas de satisfacción por lo que no tenemos valoraciones sobre la dimensión entorno.

En los últimos años, la población que acude a nuestro hospital, en términos generales, muestra satisfacción con los aspectos tangibles de la atención. Sin embargo esta ha sufrido cambios significativos a raíz de la epidemia.



La hospitalización ha reubicado algunas camas en el primer piso, donde antes funcionaban los consultorios. En las áreas COVID hay camas de hospitalización tanto en pediatría como en ginecobstetricia.

La emergencia se ha duplicado, existe emergencia COVID y no Covid tanto en pediatría como en ginecobstetricia.

La consulta externa se ha reubicado a los espacios ubicados en la cochera, quedando sin uso aquellos ubicados en el hospital propiamente dicho.

En las entrevistas en profundidad se han identificado las siguientes preocupaciones respecto al entorno:

"Me demoré aproximadamente para hospitalizarme 3 horas, había varios pacientes esperando atención"

"...nos demoramos más de 2 horas y cansada me fui a casa. Al día siguiente tenía que ir al hospital para recoger a mi bebé, me mandaron a hacer diferentes trámites y no estaba la doctora. Estuve casi toda la mañana en el hospital"

Respecto a la oportunidad de la atención surgen algunos problemas respecto a teleconsulta (entrevistas Telerehabilitación)

"es muy poco, 20 minutos a veces 15 porque se corta o se detiene la señal, al principio de terapia a veces durante la sesión se corta y entre que se reconecta se pasan los minutos, yo he revisado que una terapia virtual debe durar de 45 a 60 minutos, el tiempo no es suficiente".

"siempre tengo teleconsulta los sábados y a las 7am y como verá mi hijo a esa hora duerme, es muy difícil esa hora despertarlo y conseguir su atención. Solicité para otros horarios, pero no quisieron darme, no sé por qué".

"Más terapias porque no es suficiente o más tiempo de la terapia".

"La terapeuta me envía tareas muy tarde o de poco en poco, inclusive me envía un día antes de su próxima sesión, debería enviarme con anticipación para que mi niño trabaje con tranquilidad".

"Me gustaría más temprano o por la tarde considerando el horario que duerme mi bebé por ejemplo me da cita a las 3pm y a esa hora duerme mi bebé y tengo que despertarlo y se irrita hay que adecuarnos pero sería mejor tomar en cuenta eso a la hora que dan la cita".

Otros hallazgos recogidos en las entrevistas a pacientes que recibieron atención pro teleconsulta fueron:

95% de usuarios obtuvo cita de Teleconsulta con facilidad

87% de usuarios indicó que el médico le atendió en el horario programado.

96% de usuarios manifestó que la atención para tomarse los análisis de laboratorio fue rápida.

83% de usuarios indicó que la atención en farmacia fue rápida

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.

En los últimos años, la población que acude a nuestro hospital, en términos generales, la dimensión humana no está afectada en nuestro hospital.

En las entrevistas en profundidad se han identificado las siguientes preocupaciones respecto a la relación paciente –personal de salud:

"en emergencia no, trato déspota, tenemos que atender porque después se van a quejar" (Entrevista a usuarias de hospitalización Ginecoobstetricia-Covid 19).

"bueno con ellos mala experiencia porque me decían las "enfermeras" de dónde vienes, de San Juan de Lurigancho, qué desde allá vienes hasta acá, que haces acá?, tú tienes que irte a la sala de Covid, un trato discriminadora, fue cómo 5 a 6 pm por emergencia" (Entrevista a usuarias de hospitalización Ginecoobstetricia-Covid 19).

"me gustaría que el terapeuta tenga más paciencia, hable más suave, más calmado" (entrevista Telerehabilitación)

También se evidencia dificultades respecto a la información para los procesos de atención.

"Poner en su página web ruta de atención de los pacientes, los pasos, es simple, el procedimiento que tenemos que hacer para las atenciones, flujos, pasos para las sesiones, otras personas lo puedan ver, tenemos que estar averiguando y a veces no saben orientar, se pierde mucho tiempo" (entrevista Telerehabilitación)

Otros hallazgos recogidos en las entrevistas a pacientes que recibieron atención pro teleconsulta fueron:

- 75% de los usuarios consideró que se respetó su privacidad durante su atención por teleconsulta.
- 100% de usuarios manifestó que fue comprensible la explicación que le brindó el personal de salud sobre los pasos para realizar su teleconsulta.
- 75% de los usuarios indicó que el médico le brindó el tiempo necesario para resolver sus dudas o preguntas respecto a su problema de salud o el de su hijo.
- 96% indicó que comprendió la explicación que le brindó el médico sobre los medicamentos prescritos: dosis, vía, presentación, hora indicada y efectos adversos.
- 87% de los usuarios indicó que el médico le brindó confianza, amabilidad y respeto.
- 79% manifestó que el médico le explicó claramente el proceso para realizarse los procedimientos o análisis de laboratorio.

3.- DIMENSION TECNICA

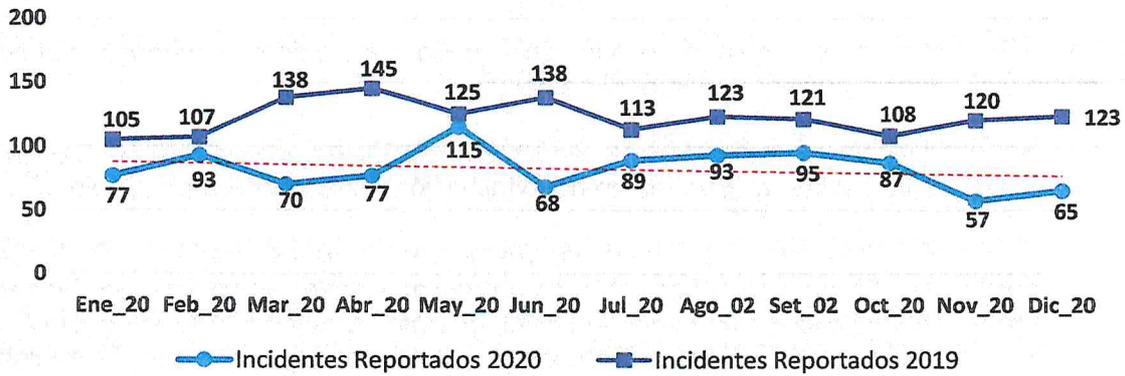
Esta dimensión tiene que ver fundamentalmente con la seguridad de la atención, por lo que la mejor fuente para ilustrar esta dimensión es el sistema de notificación de eventos adversos.



INCIDENTES DE SEGURIDAD

En el año 2020 se han notificado un total de 986 incidentes de seguridad.

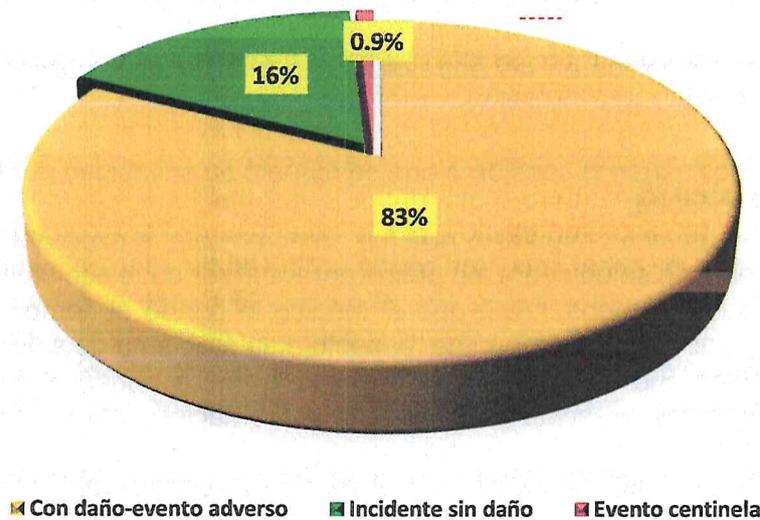
Gráfico N° 2. Número total de incidentes de seguridad - Enero a Diciembre 2019 vs 2020 HONADOMANI San Bartolomé



Fuente: Notificación de Incidentes de Seguridad por Departamento. Unidad de Seguridad del Paciente-OGC

En el año 2020 se han reportado 986 incidentes de seguridad del paciente, observamos una línea de tendencia ligeramente descendente. Comparativamente, en el año 2019 se reportaron 1466 incidentes, esta notoria diferencia podría ser explicada por factores relacionados al contexto de la pandemia del COVID 19.

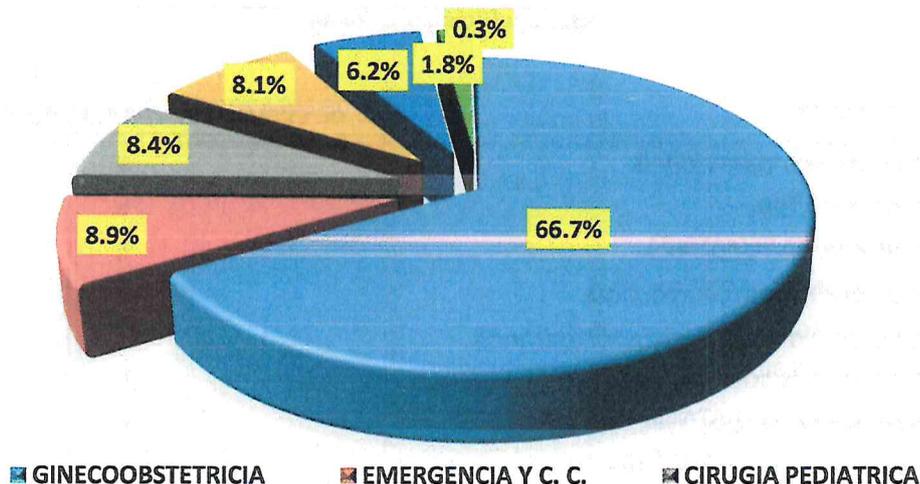
Gráfico N° 3. Incidentes de seguridad del paciente según Tipo – 2020



Fuente: Unidad de Seguridad del Paciente – OGC

Si revisamos los incidentes de seguridad según tipo, vemos que para el año 2020, el 83% (815 reportes) corresponden a incidentes de seguridad con daño - eventos adversos, el 17% (163 reportes) a incidentes de seguridad sin daño y el 0.9% (9 reportes) a eventos centinela (Gráfico N° 3).

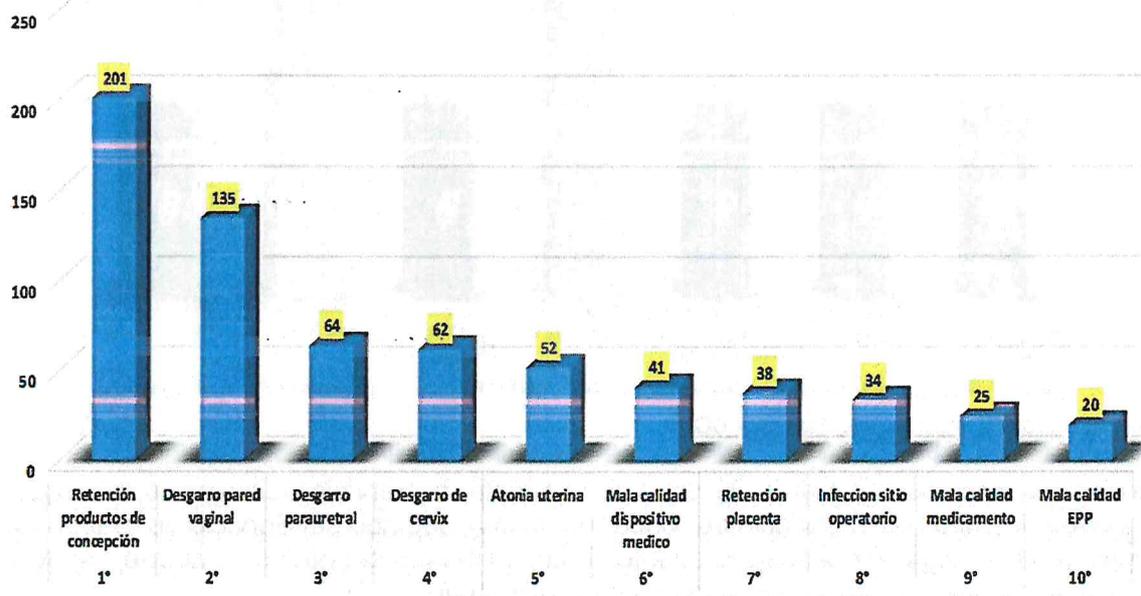
Grafico N° 4. Incidentes de Seguridad del Paciente por Departamentos – 2020



Fuente: Notificación de Incidentes de Seguridad por Departamento. Unidad de Seguridad del Paciente-OGC

En el Gráfico N°4, podemos observar que los Departamentos que más han reportado incidentes durante el año 2020 fueron: Gineco-obstetricia (66.7%), Emergencia y Cuidados Críticos (8.9%), Cirugía Pediátrica (8.4%), Apoyo al Tratamiento (8.1%) y Pediatría (6.2%).

Gráfico N° 05: Diez incidentes de seguridad del paciente más frecuentes. Enero a diciembre 2020



Fuente: Notificación de Incidentes de Seguridad por Servicio. Unidad de Seguridad del Paciente –OGC

En el Gráfico N° 05, apreciamos los 10 incidentes de seguridad del paciente más frecuentes reportados en el HONADOMANI-SB durante al año 2020, representando los 5 primeros más del 50% (514 incidentes) del total reportados en el año. El incidente más frecuente es la retención de productos de la concepción, le sigue el desgarro de pared vaginal, el desgarro parauretral, el desgarro de cérvix y la atonía uterina.

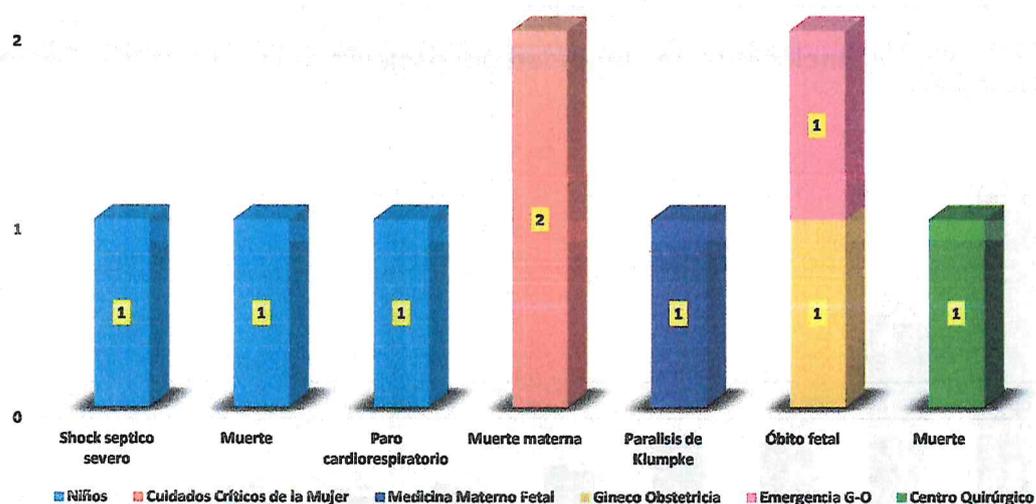


**Tabla N° 02: Eventos Centinela reportados por Departamentos.
Enero a Diciembre 2020.**

DEPARTAMENTO	N° DE EVENTOS CENTINELAS REPORTADOS
DPTO DE GINECO-OBSTETRICIA	2
DPTO DE PEDIATRIA	3
DPTO DE CIRUGIA PEDIATRICA	0
DPTO DE ODONTOESTOMATOLOGIA	0
DPTO DE EMERGENCIA Y CUIDADOS CRITICOS	3
DPTO DE ANESTESIOLOGIA Y CENTRO QUIRURGICO	1
DPTO DE APOYO AL TRATAMIENTO	0
DPTO DE AYUDA AL DIAGNOSTICO	0

En el año 2020 se reportó 09 eventos centinela, la mayoría de estos se reportaron en el Departamento de Pediatría (03 casos) y en el Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos (03 casos), respectivamente, dos de ellos fueron muertes maternas.

Gráfico N° 06: Reporte de eventos centinela por servicios. Enero a diciembre 2020



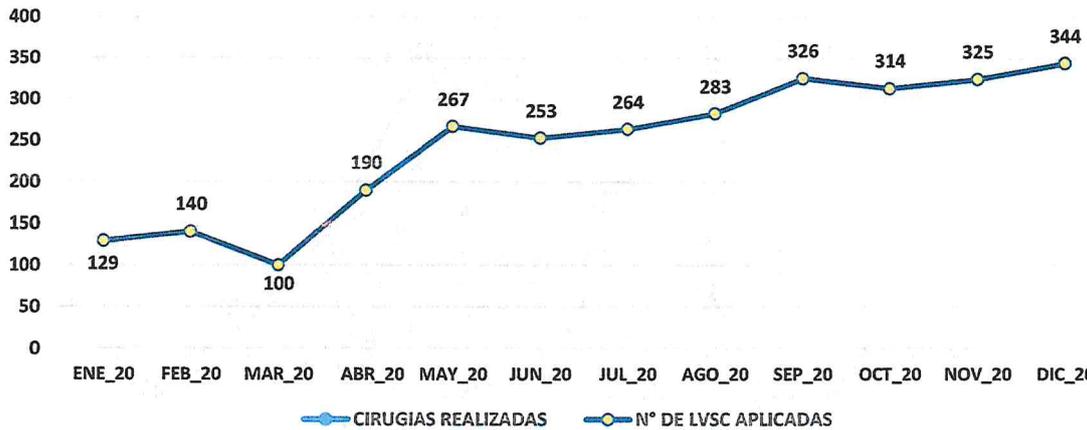
Fuente: Unidad de Seguridad del Paciente – OGC.

En el año 2020 se reportaron 09 eventos centinela, el Servicio que reportó la mayor cantidad de casos es el Servicio de Niños (03 casos), seguido del Servicio de Cuidados Críticos de la Mujer (02 casos). El evento centinela más frecuente es la muerte (02 dos casos de muerte materna y 02 casos de muerte infantil).

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 2020, se realizaron un total de 2935 procedimientos quirúrgicos y se aplicaron el mismo número de LVSC, representando su aplicación en el 100% de cirugías (Gráfico N° 7).

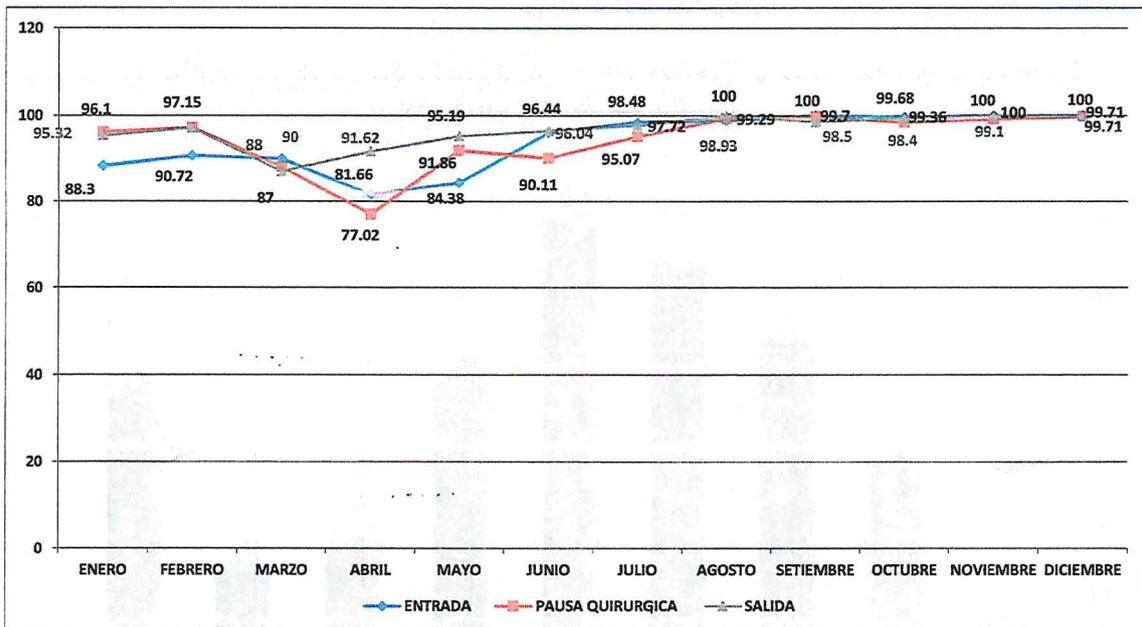
Grafico N° 7. LVSC Aplicadas Vs Cirugías Realizadas. Enero a Diciembre 2020



Fuente: Unidad de Seguridad del Paciente – OGC.

En relación al porcentaje de cumplimiento en cada una de las 3 etapas de la lista de verificación de seguridad de la cirugía de enero a diciembre del 2020, observamos que a lo largo del año se ha producido un incremento progresivo en el cumplimiento en las tres etapas, llegando prácticamente al 100% en el mes de diciembre.

Gráfico N° 8: Porcentaje de cumplimiento de la LVSC por cada momento por meses. Enero a Diciembre 2020

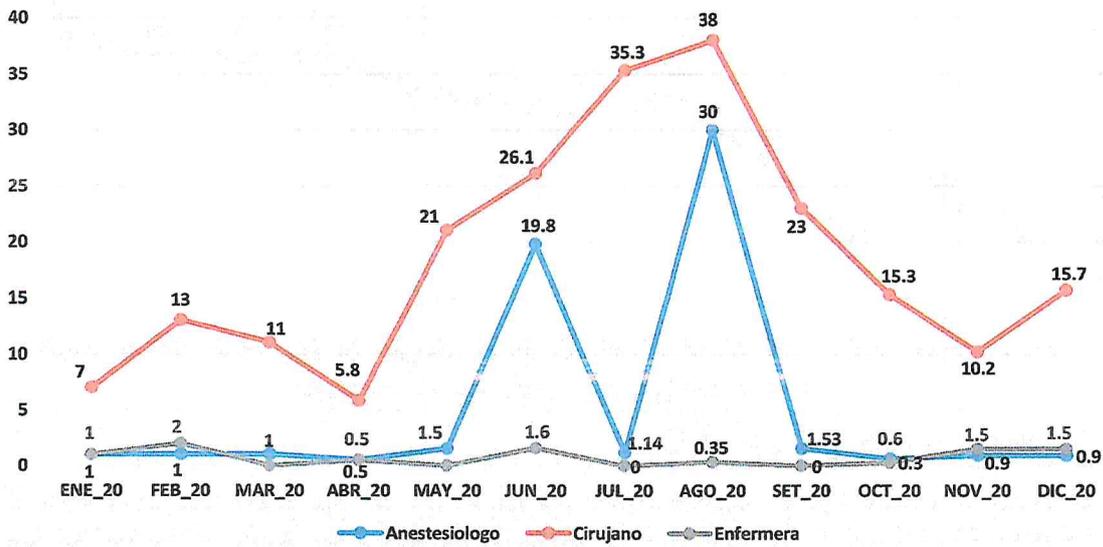


Fuente: Unidad de Seguridad del Paciente – OGC.

En la tercera etapa (antes que el paciente salga del quirófano) 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), similar al año 2019.



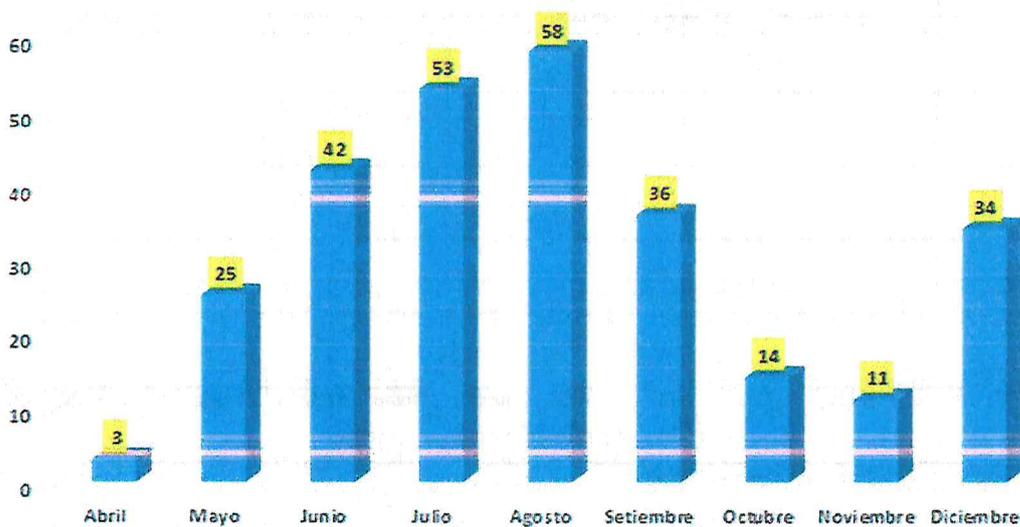
Grafico N° 9. Porcentaje de incumplimiento de la firma y sello en la LVSC: HONADOMANI-SB. Enero a Diciembre 2020



Fuente: Unidad de Seguridad del Paciente – OGC

En el año 2020 ante el escenario de la pandemia se ha incluido el análisis de los casos de pacientes COVID19 positivos atendidos en centro quirúrgico, el número de pacientes quirúrgicos positivos a COVID 19 a partir de abril del 2020 ha tenido un comportamiento relacionado a la progresión de casos en la pandemia, tanto en la primera ola, como al inicio de la segunda ola en el mes de diciembre.

Gráfico N°10: Pacientes COVID-19 (+) atendidos en centro quirúrgico en los meses de abril a diciembre.



Fuente: Unidad de Seguridad del Paciente – OGC

En el mes de diciembre del 2020, se realizó la evaluación de la adherencia a la LVSC del segundo semestre. Se observaron de manera inopinada 11 cirugías. A partir del año 2019 se decidió implementar una metodología propia: si bien es cierto que la



normatividad de la LVSC, no establece rangos estándar, se consideró establecer 3 rangos:

- | | | |
|-----------------|---|-------------|
| a) 80% a 100% | : | Aceptable |
| b) 70% a 79% | : | Por mejorar |
| c) Menos de 70% | : | No adecuado |

Observándose que de los 37 ítems que están en la LVSC, 29 ítems (78%) tuvieron cumplimiento Aceptable y 08 ítems (22%) tuvieron un cumplimiento No adecuado, no hubo ítems con puntaje Por mejorar.

Los ítems con mayor incumplimiento fueron:

- "Se confirma que el anestesiólogo pregunta al coordinador(a) si se ha revisado y verificado la disponibilidad y operatividad de todos los equipos biomédicos a ser utilizados", con **0% de cumplimiento**.
- "Se confirma que el coordinador(a) pregunta al anestesiólogo si el paciente tiene riesgo de pérdida sanguínea mayor de 500ml (7ml /Kg en niños)" y "Se confirma que el coordinador(a) manifiesta a todos que está prohibido ingresar a sala de operaciones con celulares o cualquier otro dispositivo y menos hacer uso de ellos y verifica que no se haya ingresado con ellos", cada uno de ellos con **9% de cumplimiento**.
- "Se confirma que el coordinador(a) pregunta al anestesiólogo si el paciente presenta una vía aérea de difícil acceso y/o si puede presentar algún riesgo de aspiración", con **18% de cumplimiento**.
- "Se confirma que el coordinador(a) verifica que el Cirujano permanezca dentro de Sala de Operaciones hasta el cierre de piel", con **29% de cumplimiento**.
- "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) pregunta en voz alta al Cirujano si el procedimiento realizado fue el planificado o hubo algún cambio o variación durante la cirugía", cada uno de ellos con **45% de cumplimiento**.
- "Se confirma que el coordinador(a) verifica si se ha colocado la placa neutra y está operativa", con **50% de cumplimiento**.

RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Durante el año 2020, solo se ha realizado 2 Rondas de Seguridad, la primera en el Servicio de Hospitalización de Pediatría y la segunda en el Servicio de Hospitalización de Cirugía pediátrica, ello por el contexto de la pandemia del COVID 19 y la declaración del estado de Emergencia Sanitaria y el Estado de Emergencia a nivel nacional. Se procedió a la evaluación del cumplimiento de las acciones correctivas derivadas de las dos rondas de seguridad realizadas y se verificó que el porcentaje de cumplimiento de la implementación de acciones correctivas por los diferentes servicios era baja (Tabla N° 3).



Tabla N° 3. Implementación de las Acciones Correctivas de Rondas de Seguridad 2020

UPSS	Mes	Implementación de las Acciones Correctivas				
		Total	Implementado	En Proceso	No Implementado	% Cumplimiento
Hospitalización Pediatría	Enero	23	13	3	7	56.5%
Hospitalización Cirugía Pediátrica	Febrero	32	13	6	13	40.6%
TOTAL		55	26	9	20	48.5%

Fuente: Unidad de Seguridad del paciente- OGC

Por ello, para el presente año 2021 se tomó la decisión de programar 12 rondas, de estas seis que permitan establecer la línea de base y las siguientes seis de seguimiento con la finalidad de asegurar la implementación de acciones de mejora derivadas de las primeras rondas. Considerando el contexto de la pandemia del COVID 19, además se ha replanteado la metodología para la realización de las rondas de seguridad del paciente.

ANÁLISIS CAUSA RAIZ DE EVENTOS CENTINELA

En el marco del sistema de identificación y notificación de incidentes de seguridad, en el 2020 se ha realizado el análisis causa raíz de cuatro eventos centinelas, por el contexto de la pandemia del COVID 19, solo un ACR se realizó de manera presencial y los tres restantes se realizaron por vía virtual (Tabla N° 4).

Tabla N° 4. Eventos Centinela con Análisis de Causa Raíz 2020

SERVICIO	MES	DIAGNOSTICO	OBSERVACIÓN
Emergencia Pediátrica	Mayo	TEC Grave	Inició en febrero, suspendido por pandemia y reinició en mayo
Emergencia Obstétrica	Agosto	Óbito Fetal	Se realizó vía virtual
Emergencia Pediátrica	Octubre	Muerte por shock séptico	Se realizó vía virtual
Emergencia Obstétrica	Noviembre	Muerte Materna	Se realizó vía virtual

Fuente: Unidad de Seguridad del Paciente – OGC

Se realizó en el mes de diciembre 2020, el monitoreo del cumplimiento de la implementación de las acciones correctivas derivadas solo de los dos primeros ACR realizados, los 2 últimos todavía estaban dentro de los plazos de cumplimiento de recomendaciones. El porcentaje de cumplimiento fue muy bajo.

Tabla N° 5 Implementación de recomendaciones en los Análisis de Causa Raíz de Eventos centinela - HONADOMANI San Bartolomé 2020

UPSS / Diagnóstico	Mes	Implementación de las Acciones Correctivas				
		Total	Implementado	En Proceso	No Implementado	% Cumplimiento
Emergencia Pediátr. / TEC Grave	Mayo	19	04	0	15	21%
Emergencia Obstétr. / Óbito Fetal	Agosto	21	0	0	21	0%
TOTAL		40	04	0	36	11%

Fuente: Unidad de Seguridad del Paciente – OGC



ADHERENCIA A LA HIGIENE DE MANOS

Durante el año 2020, se analizaron 842 oportunidades en los servicios: Recuperación post anestesia, emergencia pediátrica, emergencia obstétrica, intermedios de neonatología, cuidados críticos del niño y adolescente, cuidados críticos de la mujer, hospitalización de obstetricia, hospitalización de pediatría, y cirugía pediátrica.

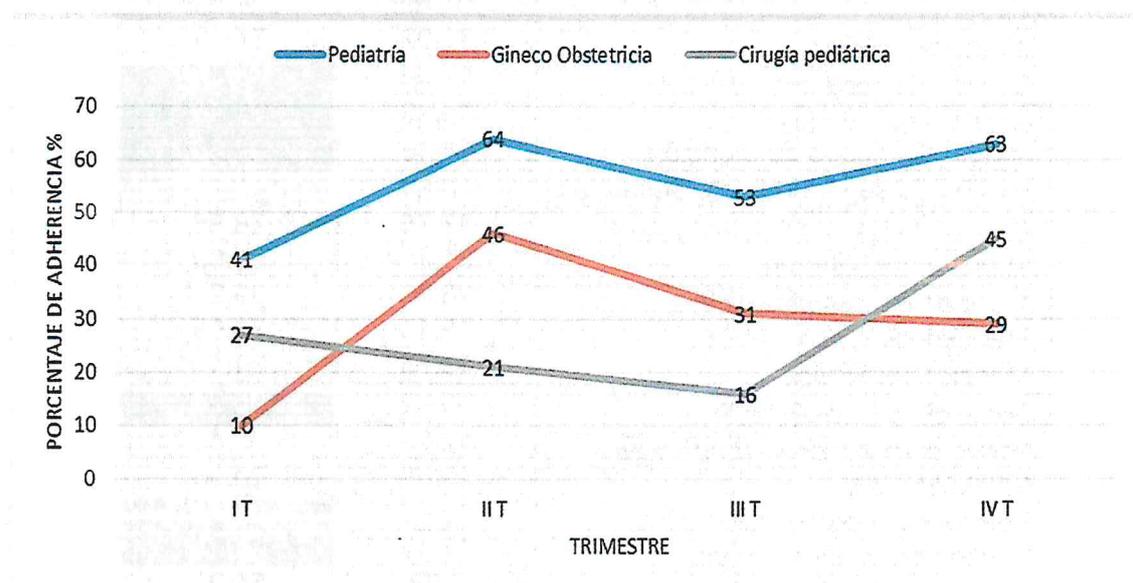
En el I trimestre se observó 351 oportunidades, en el II trimestre 149 oportunidades, en el III trimestre 171 oportunidades y en IV trimestre 171 oportunidades.

A partir del II trimestre, con la emergencia sanitaria por la Pandemia del Covid-19, se mejoró notablemente en la adherencia de higiene de manos. Sin embargo, mostró disminución de la adherencia en el Servicio de Ginecoobstetricia.

El servicio con mejor adherencia ha sido el de Pediatría, quienes han mantenido las buenas prácticas de higiene de manos por encima del 50% de adherencia, a partir del II trimestre.

El Servicio de Cirugía Pediátrica ha demostrado mejorar las prácticas de higiene de manos con el incremento en la adherencia de 16 a 45%.

Gráfico N° 11. Porcentaje de la Adherencia a la higiene de manos según área seleccionadas por trimestres– HONADOMANI-SB 2020



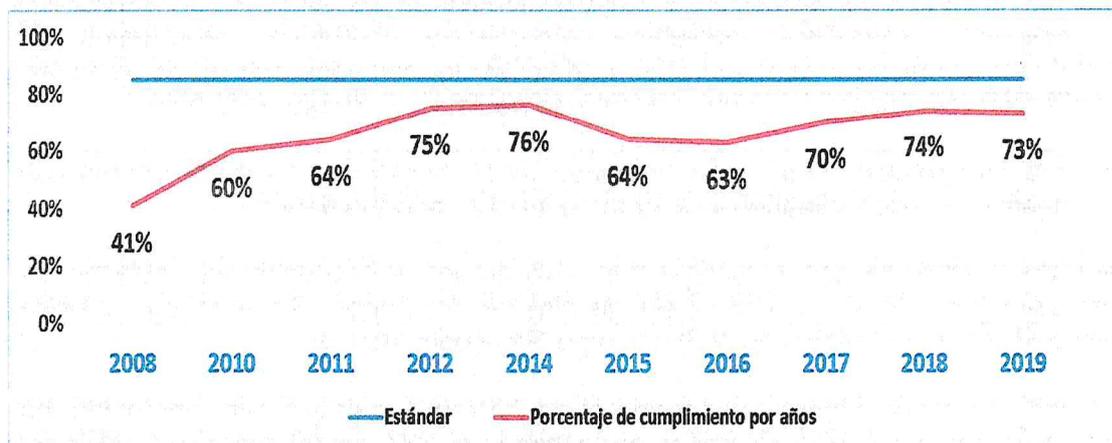
Fuente: Informes trimestrales de adherencia a la higiene de manos en el ámbito hospitalario – OGC

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 2019 alcanzaron el 73% (Gráfico N°12).



**Grafico N° 12. Resultados de la Autoevaluación del 2008 al 2019
HONADOMANI San Bartolomé 2019**



Fuente: Informe de la autoevaluación para la acreditación del HONADOMANI San Bartolomé 2019 – OGC.

Se observa que a lo largo de los años la tendencia de los resultados de la autoevaluación es variable para luego a partir del año 2017 mantenerse en el rango del 70%.

Tabla N° 6. SemafORIZACIÓN del Cumplimiento por Macro Procesos en el Hospital San Bartolomé – Autoevaluación 2019

Macroprocesos (MP)	% obtenido por MP	Cumplimiento por MP
Direccionamiento	38.02	79.41
Gestión de recursos humanos	47.88	100.00
Gestión de la calidad	43.79	91.46
Manejo del riesgo de atención	44.46	92.86
Gestión de seguridad ante desastres	18.81	39.29
Control de la gestión y prestación	37.75	78.85
Atención ambulatoria	31.12	65.00
Atención de hospitalización	28.37	59.26
Atención de emergencias	12.15	71.05
Atención quirúrgica	12.73	74.47
Docencia e Investigación	45.60	95.24
Apoyo diagnóstico y tratamiento	12.05	70.45
Admisión y alta	13.68	80.00
Referencia y contrarreferencia	16.09	94.12
Gestión de medicamentos	17.10	100.00
Gestión de la información	9.29	54.35
Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización	25.36	74.14
Manejo del riesgo social	12.44	72.73
Manejo de nutrición de pacientes	13.08	76.47
Gestión de insumos y materiales	15.78	92.31
Gestión de equipos e infraestructura	7.54	44.12
TOTAL		73%

■ Menos del 50%
 ■ De 50% a <70%
 ■ De 70% a <85%
 ■ ≥85%

Fuente: Informe de la autoevaluación para la acreditación del HONADOMANI San Bartolomé 2019 – OGC.



De los 21 macroprocesos evaluados, 2 obtuvieron calificación menos del 50% (rojo), 3 macroprocesos alcanzaron calificación más del 50% y menos del 75% (anaranjado), 9 macroprocesos alcanzaron calificación entre el 75% y menos del 85% (amarillo) y finalmente 7 macroprocesos alcanzaron calificación más del 85% (verde) (Tabla N°6).

En el año 2020, con la aparición de la epidemia, se perdió el concurso de varios evaluadores internos que pasaron a labor remota y se abrió un gran déficit de recurso humano, lo que hizo más difícil la participación del personal que acudía a trabajo presencial, por el requerimiento del personal en los servicios. En este escenario se decidió llevar a cabo una autoevaluación restringida a las siguientes macroprocesos: Gestión seguridad ante desastres, Nutrición y dietética, y Gestión de la información, cuyos resultados fueron los siguientes:

Tabla N° 7. Puntajes alcanzados en macroprocesos seleccionados en el Hospital San Bartolomé – Autoevaluación 2020 - 2019

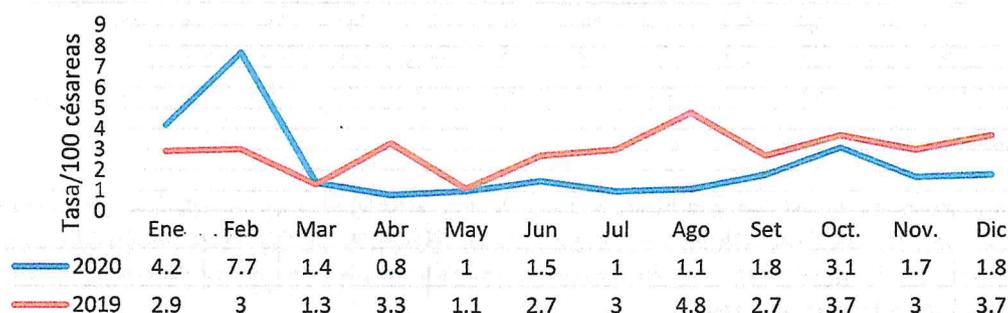
Macroproceso	2020	2019
Gestión seguridad ante desastres	78.6	39.3
Nutrición y dietética	88.2	76.5
Gestión de la información	52.2	54.5

La más notable mejoría se aprecia en el macroproceso *Gestión seguridad ante desastres* (incremento de 39 puntos); también mostro mejoría el macroproceso *Nutrición y Dietética* (incremento de 11 puntos). El macroproceso *Gestión de la Información* se mantuvo inalterable.

INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE SALUD

Se realiza vigilancia activa, selectiva y por factores de riesgo de Infecciones asociadas a la atención de salud (IAAS), en los servicios de ginecoobstetricia se vigilan las endometritis asociadas a parto vaginal (PV), endometritis asociadas a cesárea e infección de sitio operatorio (ISO) asociada a cesárea. En la UCI neonatal se vigila infección del torrente sanguíneo (ITS) asociada a catéter venoso periférico (CVP) y a catéter venoso central (CVC) y neumonía asociada a ventilación mecánica (VM), según la NTS N° 026 sobre vigilancia epidemiológica de infecciones intrahospitalarias.

Gráfico N° 13. Comparativo tasas mensuales de infecciones de sitio operatorio asociado a cesárea 2019-2020 HONADOMANI-SB

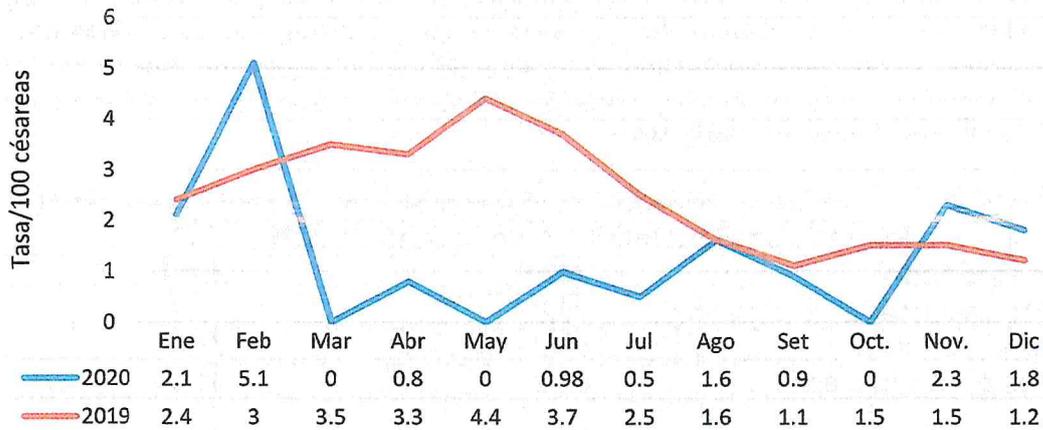


Fuente: Oficina de Epidemiología



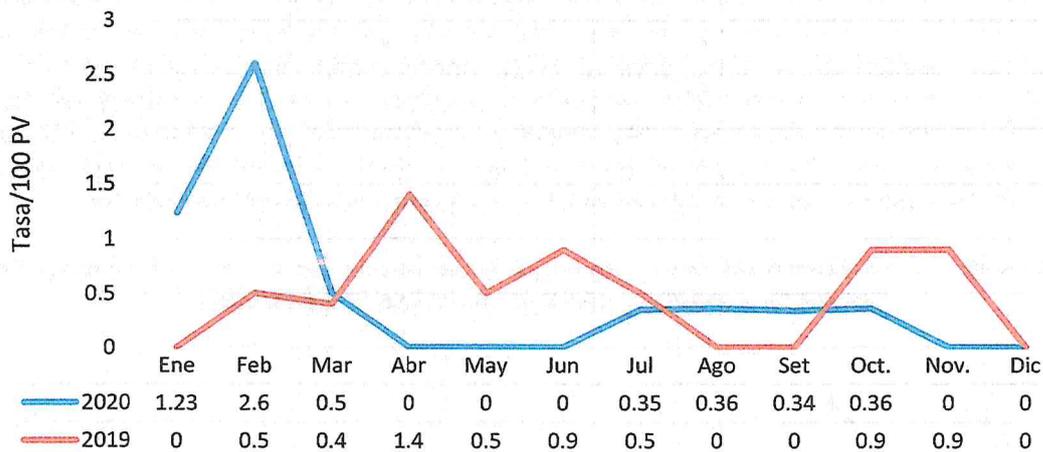
Se evidencia que las infecciones de sitio operatorio han disminuido después de marzo 2020 e inicio de la pandemia Covid 19, probablemente asociado a una mejor higiene de manos del personal de salud. Se observa también una disminución de la ISO en comparación al 2019.

Gráfico N° 14. Comparativo tasas mensuales de endometritis puerperal asociado a cesárea 2019-2020 HONADOMANI-SB



Fuente: Oficina de Epidemiología

Gráfico N° 15. Comparativo tasas mensuales de endometritis puerperal asociado a parto vaginal 2019-2020 HONADOMANI-SB

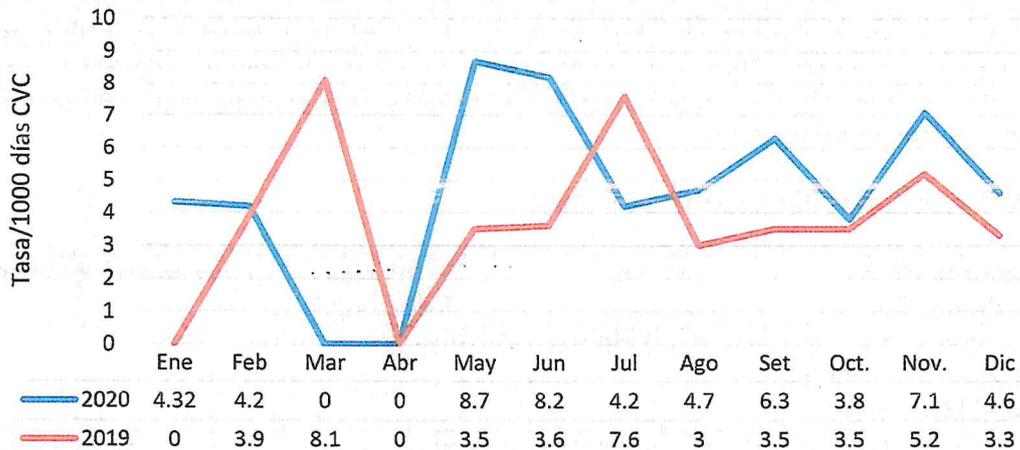


Fuente: Oficina de Epidemiología

Se puede evidenciar en las gráficas N°14 y N°15, una disminución de las endometritis tanto por parto vaginal como cesárea en el periodo 2020, que coincide con la emergencia de la epidemia, probablemente debido a una mejor adherencia al lavado de manos del personal de salud.



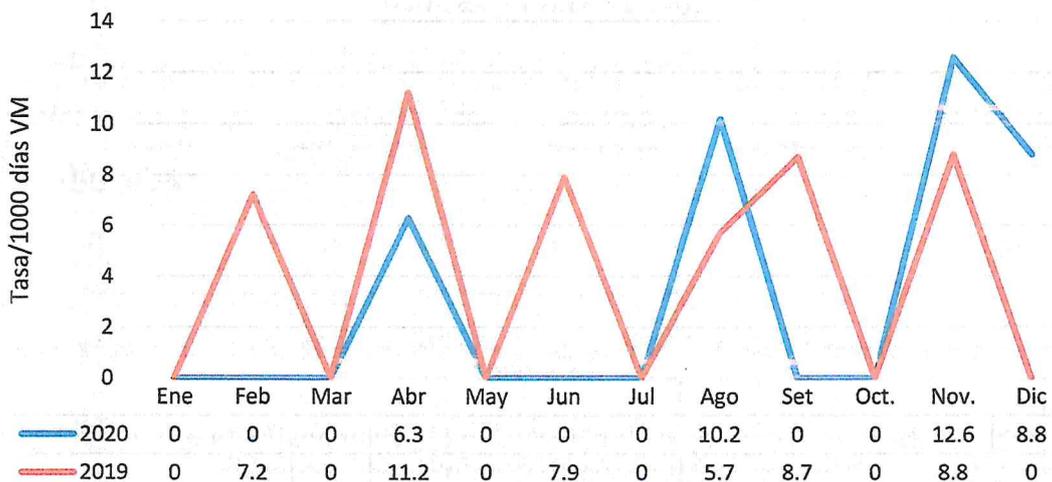
Gráfico N° 16. Comparativo tasas mensuales de infecciones de torrente sanguíneo asociado a catéter venoso central 2019-2020 HONADOMANI-SB



Fuente: Oficina de Epidemiología

Las infecciones del torrente sanguíneo asociado a catéter venoso central una alta variabilidad en el 2020, aumentando después del inicio de la pandemia. Aunque la tendencia es similar en el año 2019.

Gráfico N° 17. Comparativo tasas mensuales de infecciones de torrente sanguíneo asociado a catéter venoso central 2019-2020 HONADOMANI-SB



Fuente: Oficina de Epidemiología

Se puede observar una alta variabilidad en la incidencia de neumonía asociado a ventilación mecánica, tanto en el periodo 2019 como 2020.



AUDITORIA DE LA CALIDAD DE LA ATENCION

Una de las actividades que lleva a cabo la Oficina de Gestión de la Calidad es realizar seguimiento a las auditorías de caso. En el año 2020 se hicieron 04 seguimientos de auditorías de caso, derivando de cada caso una serie de recomendaciones que esta oficina hace seguimiento. Para cada caso hubo un número de recomendaciones, pero para efectos de este informe, se contaron cuántas veces se mencionaba un responsable dentro de las recomendaciones.

Tabla N°8 Auditorías realizadas en el 2020

Documento de elevación	Caso	Fecha del informe	Recomendaciones
Nota informativa N° 026-2020 OGC HONADOMANI SB	Muerte neonatal	30-ene-20	4
Nota informativa N° 092-2020 OGC HONADOMANI SB	Muerte neonatal	10-jun-20	6
Nota informativa N° 241-2020 OGC HONADOMANI SB	Muerte COVID	11-dic-20	7
Nota Informativa N°250-2020 - OGC-HONADOMANI SB	Muerte materna	22-dic-20	5

Tabla N°9. Estado actual de las recomendaciones generadas en las auditorías. HONADOMANI-SB 2020

Total de Recomendaciones	Recomendaciones cumplidas	Recomendaciones en proceso	Recomendaciones no cumplidas	Recomendaciones aún en plazo de ejecución
22	1	0	12	9

Fuente: Matriz de seguimiento del cumplimiento de implementación de las recomendaciones de la auditorías de casos 2020. OGC

Es notable destacar el alto grado de incumplimiento a las recomendaciones. Solo se ha cumplido con el 10% de las recomendaciones en plazo de ejecución.

Mediante la Resolución Directoral N°028 2020-DG-HONADOMANI SB del 20 de Febrero del 2020, La Dirección General aprobó el Documento Técnico "Plan de Auditoría para la calidad de atención en salud del HONADOMANI San Bartolomé", el cual tiene como finalidad mejorar la calidad de nuestros usuarios, incidiendo en los procesos de atención. La Unidad de Garantía de la Calidad y los Comités de Auditoría Médica y de Salud, fueron los responsables de cumplir las actividades contenidas en el mencionado plan.

El total de las actividades programadas fueron 16, contenidas en 4 objetivos:



- Objetivo N° 1: Organizar las actividades de los comités de auditoría.
- Objetivo N° 2: Fortalecer las competencias de los integrantes del Comité de Auditoría del hospital.
- Objetivo N° 3: Promover la mejora continua de las atenciones asistenciales a partir de las observaciones de la auditoría de la calidad de atención en salud.
- Objetivo N° 4: Monitorizar la implementación de las recomendaciones dadas en los informes finales de auditoría.

Solo el Objetivo 3 tuvo un cumplimiento del 68% (Tabla N° 10), los demás objetivos se cumplieron satisfactoriamente.

Tabla N°10. Porcentaje de cumplimiento de objetivos contenidos en el Plan anual de auditoría de la calidad de atención 2020. HONADOMANI-SB

	% cumplimiento
Objetivo 1	100%
Objetivo 2	100%
Objetivo 3	68%
Objetivo 4	92%

Fuente: Evaluación anual de la ejecución del plan anual de auditoría de la calidad de atención del HONADOMANI San Bartolomé año 2020. OGC.

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

IX. PROGRAMACION DE ACTIVIDADES POR OBJETIVO ESPECÍFICO

- 1. Fortalecer la Organización de la Calidad**
Planificación de la Gestión de la Calidad
Desarrollo del Plan de Gestión de la calidad
- 2. Fortalecer las buenas prácticas de atención y gestión de Riesgo**
Evaluación de la aplicación de la Lista de verificación de cirugía segura
Ejecución de rondas de seguridad
Cumplimiento de la adherencia de higiene de manos
- 3. Monitorear y evaluar los riesgos de la atención**
Registro, Notificación y Análisis de la ocurrencia de Eventos Adversos en Salud
- 4. Monitorear y Evaluar la calidad de atención brindada**
Monitorear los Indicadores de Calidad
Investigar sobre la calidad de la atención
- 5. Desarrollar proyectos de mejora institucional de los procesos de atención**
Implementación de PMC (Proyecto de mejora de la calidad)
- 6. Fortalecer los mecanismos de atención e información al usuario**
Gestión de los reclamos del Libro de Reclamaciones
- 7. Mejorar la oportunidad de la atención ambulatoria**
Gestión del Plan Cero Colas
- 8. Optimizar la acreditación/certificación institucional**
Desarrollo del Plan de Mejora Post Autoevaluación
Desarrollo de la Autoevaluación 2021
- 9. Conocer el grado de satisfacción del usuario externo**
Medición de la satisfacción del usuario externo
- 10. Estandarizar los procesos en la atención clínica**
Implementación de Guías de Procedimiento Asistencial
Implementación de Guías de Práctica Clínica
Adherencia a guías de práctica clínica por UPSS (%)
- 11. Verificar la Calidad de Atención Técnica en Salud**
Desarrollo de Auditoría de la Calidad de Atención

X. RESPONSABILIDADES

La Oficina de Gestión de la Calidad del HONADOMANI, será responsable del cumplimiento, monitoreo y evaluación del presente Plan.

XI. ANEXOS

Anexo 1: Matriz de Programación del Plan de Gestión de la Calidad 2021 del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé.



Anexo 1: Matriz de Programación del Plan de Gestión de la Calidad 2021 del HONADOMANI San Bartolomé

OBJETIVO	INDICADOR	ACTIVIDAD	TAREA	UNIDAD DE MEDIDA	UNIDAD ORGANICA	TOTAL 2021	PROGRAMACIÓN POI 2021											
							Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Set	Oct	Nov	Dic
1 Fortalecer la Organización de la Calidad	IND 1: 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									
		Desarrollo del Plan de Gestión de la calidad	Ejecución del Plan Anual de Gestión de la Calidad y Derechos de las Personas.	Cuatro (04) Informes sobre la Ejecución del Plan Anual de G. de la C.	OGC	4	1			1		1			1			
2 Fortalecer las buenas prácticas de atención y gestión de Riesgo	IND 2: Incrementar el porcentaje de adherencia a los verificadores de la LVSC: >=10%	Evaluación de la aplicación de la Lista de verificación de cirugía segura	Aplicación de la LVCS	Doce (12) Reportes de aplicación de LVCS	OGC- USP	12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
			Supervisión de la Aplicación de la LVCS	Dos (02) Informes de supervisión	OGC- USP	2					1							1
			Aplicación de la encuesta para la implementación de la LVSC	Un (01) Informe	OGC- USP	1	1											
	IND 3: Incremento del cumplimiento de las buenas prácticas en	Ejecución de Rondas de Seguridad (RS)	Elaborar Plan de Rondas de Seguridad 2020	Un (01) Documento oficial	OGC- USP	1		1										
			Ejecutar las RS	Seis (6) Reportes de RS	OGC- USP	6		1	1		1	1			1	1		



	los servicios: >=60%		Ejecutar Rondas de Monitoreo del cumplimiento de las recomendaciones de las RS	Seis (06) Reportes de Rondas de monitoreo de las RS	OGC- USP	6			1	1			1	1			1	1		
			Elaborar Informes semestrales RS	Dos (02) Informes semestrales de RS	OGC- USP	2								1					1	
	IND 4: Porcentaje de Adherencia higiene de manos:>= 60%	Cumplimiento de la adherencia de higiene de manos	Informe trimestral de adherencia a la higiene de manos en servicios priorizados	Cuatro (04) informes sobre monitoreo a la adherencia a la higiene de manos	OGC- UGC	4	1			1			1				1			
3 Monitorear y evaluar los riesgos de la atención	IND 5: Porcentaje de cumplimiento de las recomendaciones (ACR): >= 60%	Registro, Notificación y Análisis de la ocurrencia de Eventos Adversos en Salud	Consolidación de los reportes de incidentes de seguridad	Doce (12) Informes de incidentes de seguridad	OGC- USP	12	1	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- USP	2	1						1							
			Desarrollo de Análisis causal de eventos adversos (ACR)	Cinco (05) Informes de Análisis de incidentes de seguridad	OGC- USP	5	1		1		1		1		1			1		
			Monitoreo del cumplimiento de recomendaciones de ACR	Tres (03) Informes de monitoreo de ACR	OGC- USP	3					1				1				1	

4 Monitorear y Evaluar la calidad de atención brindada	IND 6: Porcentaje de Servicios con indicadores de seguridad de la atención aprobados con Resolución Directoral: $\geq 20\%$	Monitorear los Indicadores de Calidad	Construcción de los indicadores de seguridad de la atención por Departamentos	Un (01) Informe de indicadores de seguridad del paciente	OGC-USP	2			1						1				
			Vigilancia de los indicadores de seguridad de la atención por Departamentos	Dos (02) Informes	OGC-USP	2						1						1	
		Investigar sobre la calidad de la atención	Elaborar y aprobar Proyecto de investigación	Un (01) proyecto de investigación elaborado	OGC-USP	1						1							
			Ejecutar Proyecto de investigación	Una (01) investigación ejecutada	OGC-USP	1											1		
5 Desarrollar proyectos de mejora institucional de los procesos de atención	IND 7: Porcentaje de proyectos de mejora en fase de implementación n: $\Rightarrow 50\%$	Implementación de PMC (Proyecto de mejora de la calidad)	Desarrollo de manual para el desarrollo de PMC	Un (01) Manual elaborado	OGC-UMCC	1					1								
			Capacitar al equipo de mejora continua virtual	Un (01) Informe de capacitación	OGC-UMCC	1						1							
			Asistencia técnica a equipos de mejora para la implementación de los PMC.	Un (01) Informe	OGC-UMCC	1								1					
			Elaboración de Informe del monitoreo y seguimiento a la implementación de acciones y/o PMC.	Dos (02) Informes	OGC-UMCC	2								1					1
6 Fortalecer	IND 8: Porcentaje de	Gestión de los reclamos del	Atender los reclamos de los usuarios	Doce (12) Reportes de	OGC-UMCC	12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		

los mecanismos de atención e información al usuario	reclamos atendidos oportunamente : 100%	Libro de Reclamaciones	externos presentados en el Libro de Reclamaciones.	reclamos registrados y reclamos resueltos																		
			Informe anual del Libro de Reclamaciones	Un (01) Informe de Libro de reclamaciones	OGC-UMCC	1		1														
7 Mejorar la oportunidad de la atención ambulatoria	IND 9: Reducción del tiempo de espera	Gestión del Plan Cero Colas	Elaboración del Plan Cero Colas	Una (01) Resolución Directoral de aprobación	OGC-UMCC	1		1														
			Informe de cumplimiento de Plan Cero Colas	Uno (01) Informe	OGC-UMCC	1															1	
8 Optimizar la Acreditación / Certificación Institucional	IND 10: Incremento en el porcentaje de los resultados de la autoevaluación: 5 puntos (en relación a la última AE).	Desarrollo del Plan de Mejora Post Autoevaluación	Elaborar el Plan de Mejora Post Autoevaluación	Dos (02) Documentos	OGC-UGC	2			1											1		
			Seguimiento al cumplimiento del Plan de Mejora Post Autoevaluación	Dos (02) Informes de seguimiento	OGC-UGC	1						1										
		Desarrollo de la Autoevaluación 2021	Conformación de equipo de acreditación	Un (01) Documento oficial	OGC-UGC	1				1												
			Conformación de equipo de evaluadores internos	Un (01) Documento oficial	OGC-UGC	1						1										
			Elaborar el Plan de Autoevaluación 2021	Una (01) Resolución Directoral	Dirección General	1								1								
			Comunicar inicio de Autoevaluación	Un (01) Documento oficial	OGC-UGC	1									1							
			Realizar la Autoevaluación 2021	Un (01) Informe técnico de autoevaluación	OGC-UGC	1																1



9 Conocer el grado de satisfacción del usuario externo	IND 11: Porcentaje de incremento de la satisfacción del usuario externo: => 5%	Medición de la satisfacción del usuario externo	Desarrollo de Manual de entrevistas en profundidad.	Manual elaborado	OGC-UMCC	1			1											
			Desarrollo de entrevistas en profundidad a los usuarios externos.	Un (01) informe	OGC-UMCC						1									
10 Estandarizar los procesos en la atención clínica	IND 12: Porcentaje de adherencia a las GPC: >= 60%	Implementación de Guías de Procedim. Asistencial	Revisión de las Guías de Procedimiento Asistencial	Dos (02) Informe de las GPA revisadas	OGC	2							1					1		
		Implementación de GPC	Asistencia en Desarrollo de Guías de Práctica Clínica	Dos (02) Informe de GPC desarrolladas	OGC	2				1								1		
		Adherencia a guías de práctica clínica por UPSS (%)	Evaluación de la adherencia a las guías de práctica clínica de áreas y procedimientos priorizadas.	Cuatro (04) Informes de evaluación de la Adherencia	OGC-UGC	4	1				1				1				1	
11 Verificar la Calidad de Atención Técnica en Salud	IND 13: Porcentaje de cumplimiento de las recomendaciones de las auditorías: >= 60%	Desarrollo de Auditoría de la Calidad de Atención	Plan Anual de Auditoría de la Calidad de Atención (cronograma).	Un (01) Resolución Directoral de aprobación	OGC-UGC	1							1							
			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-UGC	2									1					1
			Seguimiento de implementación de recomendaciones	Tres (03) Informes de seguimiento	OGC-UGC	3						1				1				1

OGC: Oficina de Gestión de la Calidad USP: Unidad de Seguridad del Paciente UGC: Unidad de Garantía de Calidad UMCC: Unidad de Mejora Continua de la Calidad



PRESUPUESTO PGC- 2021

CATEGORÍA	GARANTIA DE LA CALIDAD	SEGURIDAD DEL PACIENTE	MEJORA CONTINUA	VIGILAR COVID -19	PRECIO UNITARIO	GASTOS OPERATIVOS INCLUIDOS EN EL PLAN OPERATIVO 2021	TOTAL
Útiles de Escritorio	1511.53	1511.53	1511.53		381.93	No requiere presupuesto adicional	
Capacitación (de acuerdo a PDP 2021)			16000		16000.00	Incluido en el PDP 2021 aprobado con RD 028-SB-2021	
Aseo y Limpieza	895.25	895.25	895.25	895.25	382.55	No requiere presupuesto adicional	
Servicios (Metodóloga)			19500.00		6500.00		19500.00
Vestuario	1930.00	1930.00	1930.00	1930.00	3185.00	No requiere presupuesto adicional	
Informático	5792.87	5792.87	5792.87		10753.41	Plan anual de informática	
Bienes	525.90				525.90	No requiere presupuesto adicional	
TOTAL	10,655.54	10,129.64	47,159.64	2,825.25	38,088.79		S/. 19,500.00

