MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL "SERGIO E. BERNALES"

Nº 083 -2022-SA-DG-HNSEB

RESOLUCION DIRECTORAL

Comas, 17 FEB. 2022

VISTO: El Expediente N°001822-2022, con la Nota Informativa N°013-OGC-HNSEB-2022 de la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital Nacional Sergio E. Bernales; y,

CONSIDERANDO:

Que, la Ley N°29842 Ley General de Salud, establece que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, por lo que la protección de la salud es de interés público y por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla, siendo de interés público la provisión de servicios de salud, cualquiera sea la persona o institución que los provea y 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, con arreglo a principios de equidad.

Que, mediante Resolución Ministerial N°519-2006/MINSA se aprobó el Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud", el cual tiene como objetivo establecer los principios, normas, metodologías y procesos para la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, orientado a obtener resultados para la mejora de la calidad de atención en los servicios de salud;

Que, mediante Resolución Ministerial N°596-2007/MINSA se aprobó el Plan Nacional de Gestión de la Calidad en Salud, cuya finalidad es contribuir a la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud y sus actividades dirigidas a la mejora continua de los procesos;

Que, con Resolución Ministerial N°502-2016/MINSA se aprueba la NTS N°029-MINSA/DIGEPRES.V.02 "Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud" que tiene por finalidad contribuir a mejorar la calidad de atención en todos los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo del Sector Salud; siendo su objetivo general, establecer los lineamientos técnicos y metodológicos para realizar la auditoría de la calidad de la atención en salud en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, sean públicos, privados o mixtos;

Que, el inciso b) del Artículo 37° del Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, aprobado por el Decreto Supremo Nº013-2006-SA, dispone que el Director Médico de los Establecimientos de Salud debe asegurar la calidad de los servicios prestados, a través de la implementación y funcionamiento de sistemas para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud;

Que, mediante Resolución Ministerial N°826-2021-MINSA, se aprueba el documento denominado "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud" que tiene como objetivo general establecer las disposiciones relacionadas con los procesos de formulación, aprobación, modificación y difusión de los Documentos Normativos que expide el Ministerio de Salud;

Que, la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad, mediante la Nota Informativa N°013-OGC-HNSEB-2022 de fecha 07 de febrero de 2022, remite a la Dirección General, el Plan Anual de Gestión de la Calidad 2022, el cual tiene como objetivo general contribuir al desarrollo del Sistema de Gestión de la Calidad en el del Hospital Nacional Sergio E. Bernales integrado al sistema de gestión hospitalaria, que conduzca a lograr resultados de mayor impacto en la mejora de la calidad de atención en salud y satisfacción de los usuarios internos y externos;

V°B°
J ZUÑIGA B

Que, con la Nota Informativa N°015-2022-OEPE-HNSEB de fecha 09 de febrero de 2022, el Director Ejecutivo de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, informa que ha revisado el Plan Anual de Gestión de la Calidad 2022 y emite opinión favorable ya que se encuentra elaborado acorde a la normatividad vigente y las actividades operativas están consignadas en el Plan Operativo Institucional Anual POI 2022 del Hospital Nacional Sergio E. Bernales;

De conformidad con el numeral 72.2 del Artículo 72° del TUO de la Ley N°27444 Ley del Procedimiento Administrativo General, aprobado por el Decreto Supremo N°004-2019-JUS, señala que "*Toda entidad es competente para realizar las tareas materiales internas necesarias para el eficiente cumplimiento de su misión y objetivos, así como para la distribución de las atribuciones que se encuentren comprendidas dentro de su competencia*";

Que, a mérito de los fundamentos expuestos en los considerandos anteriores, resulta pertinente emitir el acto resolutivo que apruebe el Plan Anual de Gestión de la Calidad del Hospital Nacional Sergio E. Bernales - 2022;

En uso de las facultades conferidas en el Artículo 11° Reglamento de Organización y Funciones del Hospital "Sergio E. Bernales", aprobado mediante Resolución Ministerial N°795-2003-SA/DM, modificado por R.M. N°512-2004-MINSA, R.M. N°343-2007-MINSA y R.M. N°142-2008; y con las visaciones del Director Adjunto de la Dirección General, Director Ejecutivo de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico y el Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica;

SE RESUELVE:

Artículo 1º.- Aprobar el **PLAN ANUAL DE GESTION DE LA CALIDAD DEL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES – 2022**, que en anexo forma parte integrante de la presente Resolución.

Artículo 2º.- Encargar a la Oficina de Gestión de la Calidad la ejecución y seguimiento del Plan Anual de Gestión de la Calidad del Hospital Nacional Sergio E. Bernales – 2022, aprobado en el Artículo 1° de la presente resolución.

Artículo 3°. - DISPONER, a la Oficina de Comunicaciones la publicación de la presente Resolución en el Portal Institucional del Hospital Nacional "Sergio E. Bernales".

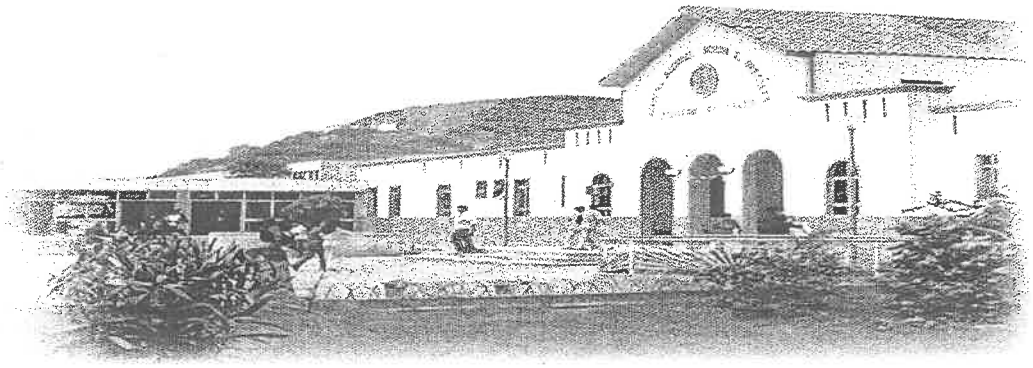
Regístrese y Comuníquese,

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES

Mg. ORLANDO HERRERA ALANIA
DIRECTOR GENERAL
CMP. 26426

OFHA/SAHM/MACC/JLZB/mse
DISTRIBUCIÓN:
( ) Dirección General
( ) Dirección Adjunta
( ) Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico
( ) Oficina de Gestión de la Calidad
( ) Oficina de Asesoría Jurídica
( ) Oficina de Comunicaciones

HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES



PLAN ANUAL DE GESTION DE LA CALIDAD DEL HOSPITAL SERGIO E. BERNALES

AÑO 2022

MINISTERIO DE SALUD
GESTIÓN DE LA CALIDAD
HOSPITAL SERGIO E. BERNALES

35

Dr. Orlando Herrera Alania

Director General

Dr. Santiago Herrera Morales

Director Adjunto

Lic. Verónica Judith Carbajal Gómez

Jefa de la Oficina de Gestión de La Calidad

EQUIPO TECNICO DE LA OFICINA DE GESTION DE LA CALIDAD

Lic. Verónica Judith Carbajal Gómez

Área de Seguridad del Paciente

Área de Atención al Usuario

Sra. Marisol Melgar Galiano.

Secretaria

INDICE

I. INTRODUCCION..... 04

II. FINALIDAD.....05

III. OBJETIVOS.....05

3.1 Objetivo General.....05

3.2 Objetivos Específicos.....05

IV. AMBITO DE APLICACIÓN.....06

V. BASE LEGAL.....06

VI. CONTENIDO.....09

6.1 ASPECTOS TECNICOS CONCEPTUALES.....09

6.2 ANALISIS DE LA SITUACION ACTUAL DE LA OFICINA DE CALIDAD.....10

6.2.1 Antecedentes.

6.2.2 Problema

6.2.3 Causas del Problema

6.3 ARTICULACION ESTRATEGICA AL PEI.....21

ARTICULACION OPERATIVA AL POI.....21

6.4 ACTIVIDADES.....21

6.5 PRESUPUESTO.....27

6.6 FUENTES DE FINANCIAMIENTO.....27

6.7 IMPLEMENTACION DEL PLAN.....27

6.8 ACCIONES DE SUPERVISION, MONITOREO Y EVALUACION DEL PLAN.....27

VII. ANEXOS.....31

PLAN ANUAL DE LA OFICINA DE GESTION DE LA CALIDAD
HOSPITAL NACIONAL "SERGIO E. BERNALES"
2022

I. INTRODUCCION

La incorporación de la Calidad en la prestación de los servicios de salud es una prioridad en la gestión del Sector Salud, considerando que los usuarios de los servicios de salud demandan por una atención que les permita alcanzar una vida plena y digna. La calidad en salud debe ser concebida como una dimensión de la calidad de vida, por lo tanto condición fundamental del desarrollo humano que debe ser promovida y protegida como obligación insoslayable del Estado.

El Ministerio de salud inicia el proceso de diseño e implementación del Sistema de Gestion de la Calidad en Salud (SGCS) en el año 2001 con la aprobación del documento técnico Sistema de Gestion en salud que fue actualizado en el 2006. En el año 2007 se aprueba el Plan Nacional Concertado en Salud, el cual contempla al " Mejoramiento progresivo del acceso a los servicios de salud de calidad" como lineamiento de Política en Salud y se promulga la Ley del Marco de Aseguramiento Universal en salud que debe garantizar a la población la provisión de un conjunto de atenciones sobre las cuales se otorgan garantías explicitas de calidad y oportunidad, y en ese mismo año se promulga la ley N° 29414, que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud, los que pueden ser considerados como atributos de la calidad.

En este contexto el Hospital Nacional Sergio E. Bernales (HNSEB) a través de la oficina de Calidad como órgano asesor encargado de implementar el SGCS en el Hospital, viene desarrollando de manera sistemática, la participación activa de los colaboradores de los diferentes departamentos y oficinas del HNSE, realizando un conjunto de actividades que orienten y promuevan una mejora continua en la calidad de atención en salud, planificadas, en ejes de trabajo priorizados, como son la PAUS, Auditoria de la Calidad de Atención en Salud, la Autoevaluación , las rondas de Seguridad , la seguridad del paciente y Gestion de Riesgos, la información para la toma de decisiones y mejora de la Calidad de la atención como son el estudio de satisfacción al usuario externo, atención de reclamos a través del libro de reclamaciones , tiempo de espera e indicadores de calidad.

El Hospital Nacional Sergio E. Bernales (HNSEB) es un establecimiento desconcentrado del MINSA, nivel III-1 encargado de resolver los problemas de salud de la población de la zona norte de Lima y la de referencia nacional, brindando atención especializada e integral con calidad humana, eficiencia y eficacia, en respuesta a las necesidades de salud de los usuarios.

Desde el punto de vista sistémico, la Calidad es un componente de la gestión institucional e incluye los componentes de planificación, organización, garantía y

mejora de la calidad en todos los procesos, con evidencias confiables de mejoras sustanciales en la atención, percibidos como satisfacción por nuestros usuarios. Es un valor en la Cultura Organizacional de nuestro Hospital.

Asimismo la evaluación y mejora continua de los procesos debe generar una necesidad permanente de elevar los estándares de calidad de atención que se brinda a los usuarios de nuestra institución. Se trata de alcanzar un peldaño más en la gerencia Estratégica que tenga el usuario su referencia y en la mejora su paradigma logrando ser una organización de excelencia en la prestación de servicios de salud.

La Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital Nacional Sergio E. Bernales, en el marco de lineamientos de salud, ha desarrollado un Plan de calidad para el año 2022, el cual tiene como objetivo principal Mejorar la calidad de la atención y la satisfacción de los usuarios, lo cual se pretende conseguir mediante el desarrollo de una asistencia eficiente y segura, basada en la mejor evidencia científica disponible. Para ello, los pilares en los que se basa el Plan son:

1. Seguridad del Paciente
2. Satisfacción del Usuario Externo
3. Acreditación
4. Auditoria Medica
5. Mejora Continua de la Calidad

II. FINALIDAD:

Contribuir a la implementación del Sistema de Gestion de la Calidad en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales.

III. OBJETIVOS:

3.1 OBJETIVO GENERAL DEL PLAN

Contribuir al desarrollo del Sistema de Gestion de la Calidad en el HNSEB integrado al Sistema de Gestion Hospitalaria , que conduzca a lograr resultados de mayor impacto en la mejora de la calidad de atención de salud y satisfacción de los usuarios internos y externos.

3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.

OE1.Desarrollar el sistema de Gestion de la Calidad del HNSEB.

OE2. Promover el sistema de Gestion de Riesgos por la seguridad del paciente a través del registro y análisis periódico de incidentes y de eventos adversos.

OE3. Conocer el grado de satisfacción de los usuarios externos y otras mediciones pertinentes en consulta externa, Hospitalización y Emergencia del HNSEB para apoyar la toma de decisiones.

OE4.Desarrollar el proceso de autoevaluación y mejoramiento de los estándares para la acreditación hospitalaria.

OE5.Implementar una adecuada gestión de reclamos, consultas y sugerencias de acceso para el usuario

OE6.Implementar el monitoreo y evaluación de los indicadores de calidad.

OE7.Contribuir mediante la auditoria a mejorar la calidad de atención en salud.

OE8.Implementar acciones de mejora y/o proyectos de mejora continua de la calidad.

OE9.Promover e implementar una cultura del buen trato en salud.

IV. AMBITO DE APLICACIÓN:

El presente plan aplica para todos los departamentos, servicios y oficinas del Hospital Nacional Sergio E. Bernales.

V. BASE LEGAL:

1. Ley N° 26842 Ley General de Salud.
2. Ley N° 29889,Ley que modifica el artículo 11 de la ley 26842, Ley General en Salud y garantiza los derechos de las personas con problemas de salud mental.
3. Ley N° 29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud.
4. Decreto Supremo N° 013-2006/SA, aprueba el reglamento de los establecimientos de salud y de los servicios médicos de Apoyo.
5. Decreto Supremo N° 027-2015-SA, aprueba el reglamento de la ley N° 29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud.

6. Decreto Supremo N° 031-2014-SA, Aprueba el Reglamento de Infracciones y Sanciones de la Superintendencia Nacional de Salud - SUSALUD.
7. Decreto Supremo N° 002-2019-SA, que aprueba el Reglamento para la Gestión de Reclamos y Denuncias de los Usuarios de las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud - IAFAS, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPRESS y Unidades de Gestión de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud -UGIPRESS, públicas, privadas y mixtas.
8. Resolución de Superintendencia N°030-2020-SUSALUD/S "Clasificación. Lineamientos y Aplicativo Informático para la remisión de la Información de Reclamos de los Usuarios de las IAFAS. IPRESS o UGIPRESS"
9. Con RM 596 – 2007/ MINSA el Ministerio de Salud aprueba el Plan Nacional de Gestión de la Calidad, teniendo uno de sus objetivos incorporar e implementar políticas de calidad en los Planes de Gestión Institucional de todos los niveles.
10. Con RM N°727-2009/MINSA se aprueba el Documento Técnico "Política Nacional de Calidad en Salud" cuyo objetivo es establecer las directrices que orienten el desarrollo de las intervenciones destinadas a mejorar la calidad de la atención de salud en el sistema de salud del Perú
11. Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA que aprueba el documento técnico "Sistema de Gestión de la Calidad de la Atención en Salud"
12. Resolución Ministerial N° 676-2006/MINSA que aprueba El Documento Técnico "Plan nacional para la Seguridad del Paciente 2006-2008.
13. Resolución Ministerial N° 1021-2010/MINSA, que aprueba la Guía Técnica de Implementación de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía.
14. Directiva Sanitaria N° 005 – IGSS/ v.01: Sistema de Registro y Notificación de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinelas.
15. Resolución Jefatural N° 764-2016/IGSS que aprueba la Directiva Sanitaria N0009-IGSS/V.01 Análisis de los Eventos Centinelas en la IPRESS y UGIPRESS del Instituto de gestión de Servicios de Salud.
16. RM N° 308-2010-MINSA, que aprueba la Lista de Chequeo de Cirugía Segura.
17. Resolución Ministerial N° 163-2020 MINSA, que aprueba la "Directiva Sanitaria de Rondas de Seguridad del Paciente para la gestión del riesgo en la atención de salud"
18. Resolución Ministerial N°523-2020/MINSA, que aprueba la NTS N° 163.minsa/2020/CDC, Norma Técnica de Salud para la Vigilancia de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud.
19. Documento Técnico: Plan Nacional para la Seguridad del Paciente 2010-2012.
20. Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, aprueba la NT N° 050-MINSA/DGSP-V02: "Norma Técnica de salud para la acreditación de os establecimientos de salud y servicios médicos de Apoyo".
21. Resolución Ministerial N° 468-2011/MINSA que aprueba el Documento Técnico "Metodología para el estudio del Clima organizacional. V02.
22. Resolución Ministerial N° 527-2011/MINSA que aprueba la Guía Técnica para la evaluación de la Satisfacción del usuario Externo en los establecimientos y servicios Médicos de Apoyo.

23. Resolución Ministerial Nº 095-2012/MINSA, que aprueba la Guía Técnica para la elaboración de Proyectos de Mejora y la Aplicación de Técnicas y Herramientas para la Gestion de la Calidad.
24. Resolución Ministerial Nº 168-2015/MINSA, aprueba el Documento Técnico "Lineamientos para la Vigilancia, prevención y control de las infecciones asociadas a la atención en salud".
25. Resolución Ministerial Nº 302-2015/MINSA, aprueba la Norma Técnica de Salud para la elaboración y uso de las Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud".
26. Resolución Ministerial Nº 414-2015/MINSA, aprueba el Documento Técnico: Metodología para la Elaboración de Guías de Práctica Clínica.
27. Resolución Ministerial N° 255-2016/MINSA, aprueba la Guía Técnica para la implementación de higiene de manos.
28. Resolución Ministerial Nº 502-2016/MINSA que aprueba la NT N° 029-MINSA/DIGEPRES-V.02. "Norma Técnica de Salud de Auditoria de la Calidad de Atención en Salud".
29. Resolución Ministerial Nº 896-2017/MINSA, crea, en la Secretaria General del Ministerio de Salud, la Unidad Funcional de Gestion de la Calidad en Salud.
30. Resolución Ministerial Nº 214-2018/MINSA, aprueba la Norma Técnica N° 139/MINSA/20218/DGAIN para la Gestion de la Historia Clínica.
31. Decreto Supremo N° 025-2020-SA, Dictan medidas urgentes y excepcionales destinadas a reforzar el Sistema de Vigilancia y Respuesta Sanitaria frente al COVID-19 en el territorio nacional.
32. Resolución Ministerial N° 1295-2018- MINSA, que aprueba la Norma Técnica de Salud denominada "Gestión Integral y manejo de residuos sólidos en establecimientos de Salud, servicios médicos de apoyo y centros de investigación".
33. Resolución Ministerial N°040-2020/MINSA, que aprueba el "Protocolo para la Atención de Personas con Sospecha o Infección Confirmada por Coronavirus (2019-nCOV).
34. Resolución Ministerial N° 193-2020-MINSA, que aprueba el Documento Técnico: Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de personas afectadas por COVID-19 en el Perú,
35. Resolución Ministerial N° 270 -2020-MINSA, Modificar el numeral 7.9 del Punto VII del Documento Técnico: Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de personas afectadas por COVID-19 en el Perú, aprobado por Resolución Ministerial N° 193-2020-MINSA,
36. Resolución Ministerial N° 458 -2020-MINSA , que aprueba la Directiva Administrativa Nº 293-MINSA-2020-DIGEP "Directiva Administrativa que regula el trabajo remoto de salud (TRIS) para el personal de la salud y administrativo del Ministerio de Salud y Gobiernos Regionales", que forma parte integrante de la presente Resolución Ministerial.
37. Decreto Supremo que prorroga el Estado de Emergencia Nacional por las graves circunstancias que afectan la vida de la Nación a consecuencia de la COVID-19 y modifica el Decreto Supremo N° 184-2020-PCM, el Decreto Supremo N° 201-2020-PCM, el Decreto Supremo N° 002-2021-PCM y el Decreto Supremo N° 004-2021-PCM

38. Decreto Supremo N° 009-2021-SA, mediante el cual, se prorroga nuevamente el Estado de Emergencia Sanitaria por 180 días calendario adicionales, esto es, hasta el sábado 02 de septiembre de 2021.
39. Decreto Supremo N° 003-2022-SA, mediante el cual, se prorroga nuevamente el Estado de Emergencia Sanitaria por 180 días calendario adicionales.

VI. CONTENIDO:

6.1 ASPECTOS TECNICOS CONCEPTUALES:

6.1.1 PRINCIPIOS DEL SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD EN SALUD

Los principios en los que se fundamenta el Sistema de Gestion de la Calidad en Salud establecidos en la Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, que aprueba el documento técnico "Sistema de Gestion de la Calidad en Salud", son:

- **Enfoque al Usuario:** las organizaciones dependen de los usuarios, por lo tanto deben entender sus necesidades presentes y futuras, satisfacer sus demandas específicas y esforzarse en exceder sus expectativas.
- **Liderazgo:** el cumplimiento de los objetivos de la calidad, requiere de líderes que conduzcan a sus establecimientos a la mejora continua.
- **Participación del Personal**: el personal de todos los niveles a la esencia de la organización, pues mediante su compromiso posibilita el uso de sus habilidades y conocimientos en beneficio de la calidad.
- **Enfoque basado en Procesos:** un resultado deseado se alcanza más eficientemente cuando las actividades y los recursos relacionados se gestionan con un proceso.
- **Enfoque Sistémico para la Gestion:** Identificar, comprender y gestionar los procesos interrelacionados como un sistema, contribuye a la eficacia y eficiencia de la organización.
- **Mejora Continua de la Calidad:** la mejora continua del desempeño global de la organización debe generar una necesidad permanente de elevar los estándares de calidad técnicos, humanos y administrativos.

- **Toma de Decisiones basadas en Evidencia:** las decisiones eficaces se basan en el análisis de los datos y la información.
- **Relaciones mutuamente beneficiosas con el proveedor:** una organización y sus proveedores son independientes en la generación de un valor.

6.1.2 VISION Y MISION:

VISION DEL HOSPITAL:

Consolidarnos como Hospital de alta complejidad, brindando una atención inclusiva con calidad y calidez que genere reconocimiento y satisfacción en nuestros usuarios, con liderazgo técnico, científico en una adecuada infraestructura.

VISION DE LA OFICINA DE CALIDAD

"Ser una unidad de asesoría que se convierta en líder de Gestión de la Calidad, que promueva la mejora continua y la seguridad de la atención en salud del usuario, con la participación conjunta y activa de los recursos humanos de la institución.

MISION DE HOSPITAL:

"Brindar y garantizar atención de salud integral especializada en forma oportuna y segura, logrando la satisfacción del usuario. "

MISION DE LA OFICINA DE CALIDAD

Como Unidad de Asesoramiento, liderar, conducir, supervisar y evaluar las políticas de calidad del Hospital nacional Sergio E. Bernales, con el fin de brindar una atención segura y de calidad a los usuarios, minimizando los riesgos.

6.2 ANALISIS DE LA SITUACION ACTUAL DE LA OFICINA DE CALIDAD.

6.2.1 Antecedentes:

POLITICA NACIONAL DE CALIDAD EN SALUD:

El ministerio de Salud, en ejercicio de su función rectora, formulo en el 2009 la Política Nacional de Calidad en Salud con la finalidad de contribuir a la mejora de la Calidad de la atención en las organizaciones proveedoras de servicios de salud; estableciendo objetivos y estrategias.

CUADRO 1: POLITICAS DEL SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD

Las políticas del Ministerio de Salud que orientan a la Gestion de la Calidad se fundamentan en el reconocimiento del derecho a la salud y en el principio de "Salud para todos", que demanda calidad y no solo cantidad en la oferta de Servicios de Salud. A fines del año 2001 se dio un paso importante en el proceso de Formación de la Política Pública de Calidad en salud a nivel sectorial, con la publicación del Documento Técnico del Sistema de Gestion de Calidad en Salud del Ministerio de Salud, aprobada por RM. N° 768-2001-SA/DM. Este documento Técnico en mención, aprobado por RM. N°519-2006/MINSA.

CUADRO N°2:

POLITICAS DEL SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD	
POLITICA	
Con relación a las personas	Provisión de servicios de salud seguros, oportunos, accesibles y equitativos.
	Calidad con enfoque de interculturalidad y de género.
Con relación a los trabajadores	Cultura ética de la calidad
	Trabajo en equipo
	Círculos de la calidad
Con relación a las Unidades Prestadoras de Salud	Ejercer la rectoría del Ministerio de Salud.
	Gestion de recursos para la calidad en Salud.
	Regulación Complementaria de los niveles Regionales
	Evaluación del Proceso de atención de Salud.
Con relación a la Sociedad	Participación social para la calidad en Salud
	Involucramiento Comunitario para la calidad en Salud.
	Veeduría ciudadana de Calidad en Salud.
Con relación al Estado	Calidad como Política de Estado

SITUACION ACTUAL DEL SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD EN EL HNSEB.

El Hospital Nacional Sergio E. Bernales, categoría III-1, referencial a nivel de Lima Norte y a nivel Nacional, no tiene población asignada para la programación de la atención de Salud. Brinda sus servicios a la población demandante que lo requiera directamente y a aquellos que por la complejidad de su problema de salud, son referidos a nuestro establecimiento.

MINISTERIO DE SALUD
GESTIÓN DE LA CALIDAD
HOSPITAL SERGIO E. BERNALES

El HNSEB maneja un total de 358, de las cuales 286 son camas en hospitalización para satisfacer la demanda de las especialidades de Medicina, Ginecología, Pediatría, Cirugía y Traumatología, asimismo cuenta con servicios de atención de pacientes críticos como las unidades de cuidados Intensivos e Intermedios Adultos, un servicio de Emergencia con unidades de Shock Trauma, Emergencia Pediátrica, Emergencia Ginecológica; 162 camas son para Pacientes Covid , el departamento de Centro Quirúrgico tiene 7 salas operativas.

A lo largo de los años la población que se atiende en el HNSEB procede principalmente de Lima Norte y referencias nacionales. Durante el año 2020 y 2021 debido a la Emergencia sanitaria por SARS COV 19, los servicios se vieron afectados modificando muchas atenciones , la atención ambulatoria se brindó por el DR FAST SALUD , hasta febrero del 2021 con tele orientación hasta mediado de agosto que se apertura la consulta externa presencial no con todas las especialidades ya que aún nos encontrábamos con el estado de emergencia sanitaria la cual se fue prorrogando consecutivamente., se atiende emergencia covid y emergencia no covid, con sus propios triajes diferenciados, se modificaron el número de camas para áreas covid , actualmente aparte de los servicios que prestaba el hospital cuenta con 162 camas covid, modificándose algunos servicios en su área física como pediatría, ginecología, cirugía, cirugía pediátrica y traumatología quienes actualmente atienden pacientes covid , además de ello se agrega que el 40 % de personal de salud , se fueron a su domicilio, por comorbilidad y edad, donde muchas áreas administrativas y asistenciales se quedaron sin personal.

A pesar de esas dificultades por la Pandemia, en el año 2021 se realizaron 97937 atenciones en consultorios externos, 3845 atenciones por neonatología, con un total de 13250 egresos hospitalarios. Asimismo se atendió 1560 operaciones programadas y ambulatorias.

ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD (SGCS) EN EL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES.

De la Oficina de Gestion de la Calidad:

Funciones:

Según ROF del Hospital Nacional Sergio E. Bernales aprobado con Resolución Ministerial N° 795-2003-SA/DM, la Oficina de Gestión de la Calidad dentro de la estructura orgánica del Hospital está considerado como un órgano de asesoría que jerárquicamente depende de la Dirección General. Entre su función es el órgano encargado de implementar el Sistema de gestión de Calidad en el Hospital para promover la mejora continua de la atención asistencial y administrativa del paciente, con la participación activa del personal.

Objetivos funcionales:

Tiene asignados los siguientes objetivos funcionales según el ROF de la institución:

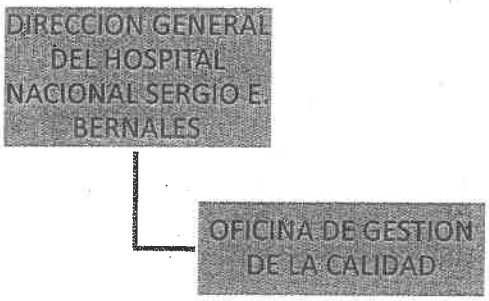
- ✔ Proponer la inclusión de actividades e indicadores de calidad en los planes institucionales, en coordinación con la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico.
- ✔ Incorporar el enfoque de calidad en los planes estratégicos y operativos institucionales así como en la capacitación y gestión de los recursos humanos en salud.
- ✔ Implementar las estrategias metodologías e instrumentos de la calidad y mejora continua en los servicios.
- ✔ Efectuar el monitoreo y evaluación de los indicadores de control de la calidad en los diferentes servicios del Hospital e informar a la Dirección de Salud o Dirección de Red de Salud, según corresponda.
- ✔ Asesorar en el desarrollo de la autoevaluación, el proceso de acreditación y auditoria clínica y categorización según las normas que establezca el Ministerio de Salud.
- ✔ Asesorar en la formulación de normas, guías de atención y procedimientos de atención al paciente.
- ✔ Apoyar la capacitación y sensibilizar al personal en los conceptos y herramientas de la calidad.
- ✔ Promover la ejecución de estudios de investigación en calidad de servicios de salud.
- ✔ Desarrollar mecanismos de difusión de los resultados de la evaluación de la calidad y de la captación de la información del paciente.

MINISTERIO DE SALUD GESTIÓN DE LA CALIDAD HOSPITAL SERGIO E. BERNALES

a) **Estructura Funcional:**

La Oficina de Gestion de la Calidad tiene la siguiente estructura funcional:

Figura N° 1



- **Equipo de Apoyo Técnico:** Encargada de diseñar, implementar , evaluar y monitorear el Sistema de Información para la calidad, diseñar, aplicar y analizar los sistemas de medición de satisfacción del usuario interno y externo, elaborar informes técnico e incluir recomendaciones para mejora continua de la calidad y realizar el proceso de autoevaluación, rondas de seguridad, atención de la PAUS.
- **Equipo de Mejora Continua :** Encargada de brindar asistencia técnica a las diferentes unidades orgánicas respecto a metodologías , herramientas de calidad para la implementación de Proyectos de mejora identificados , asesorar en la formulación e implementación de las normas , procesos y procedimientos técnico administrativos y asistencial. Aunque le correspondería participar en todo proceso relativo a la acreditación y autoevaluación.
- **Equipo de Auditoria de la Calidad de Atención en Salud:** Encargada de elaborar e implementar el Plan de Auditoria de la Calidad de Atención en Salud, realizar el seguimiento de las recomendaciones respecto a las auditorias de la Calidad de Atención en Salud. Se requiere un coordinador permanente con el objetivo de consolidad la labor de los equipos de

20

auditoria de los departamentos, además de sus labores habituales establecidas en la oficina.

b) Recursos Humanos:

En relación a los recursos humanos, la oficina de Gestion de la Calidad, del HNSEB, cuenta actualmente con 03 trabajadores a tiempo completo, involucrados directamente en las actividades de promoción y gestión de la calidad. El encargado del libro de reclamaciones se encuentra trabajando de manera remota por emergencia sanitaria, todos los miembros de los comités de auditoría en salud, los comité de plan de rondas, entre otros pertenecen a los departamentos y están sujetos a la disponibilidad de tiempo que les puedan brindar sus jefaturas dentro de su horario de trabajo, que actualmente por déficit de recursos humanos, hay dificultades para el cumplimiento de los comités.

c) Infraestructura y Equipamiento:

En relación a la infraestructura y equipamiento, la OGC cuenta con una oficina acondicionada, sin embargo se requiere otra área donde funcione la PAUS, para atención exclusiva del usuario, y se requiere ampliar la oficina y que se disponga de presupuesto para mantenimiento de infraestructura, mobiliario y equipos de cómputo.

6.1.2 Comités y Equipos de Trabajo responsables de las líneas estratégicas de calidad.

- Comité de Gestion de Riesgos
- Comité de Auditoria en salud (CAM, CAS, Auditoria de Registro).
- Comité de Acreditación.
- Comité de Evaluadores Internos.
- Comité de Rondas de Seguridad
- Comité de Historia clínica
- Comité de Lista de verificación de Seguridad de la Cirugía

- Comité de prevención y Control de Infecciones Asociadas a la atención de Salud.
- Plataforma de Atención del Usuario (PAUS).

6.2.2 Problema:

ANALISIS FODA –OFICINA DE GESTION DE LA CALIDAD.

Conocer las opiniones de los Usuarios externos, es muy importante, ya que con esto complementamos la situación real en la que se encuentra el hospital. Para lo cual se han realizado encuestas a los usuarios, de lo cual se ha logrado sistematizar lo más representativo desde su precepción, las cuales son las siguientes:

1. Inadecuada atención
2. Escasez de material, insumos y medicamentos
3. Información inapropiada
4. Carencia de equipos
5. Insuficiente Señalización
6. Maltrato por parte del personal
7. Entre otros aspectos

Cuadro N°03

FORTALEZAS	DEBILIDADES
1. Oficina de Gestión de la Calidad considerada dentro a la estructura orgánica del HNSEB. 2. Normatividad favorable para la implementación del sistema de gestión de la calidad. 3. Disponibilidad y acceso a instrumentos de Gestión de la Calidad. 4. Personal comprometido, motivada para desarrollar procesos de Calidad. 5. Trabajo en equipo. 6. OGC cuenta con posicionamiento y asesora a los procesos (técnicos-asistenciales) que se desarrollan dentro del Hospital. 7. Procesos de mejora en marcha: sistema de atención al usuario externo implementado, seguridad del paciente, satisfacción del usuario y tiempos de espera.	1. Insuficiente personal profesional asistencial. 2. Infraestructura insuficiente e inadecuada para el desarrollo de las actividades. 3. No se cuenta con presupuesto asignado para el cumplimiento de actividades y metas planteadas en el POA. 4. Falta de compromiso y apoyo del personal que conforman los comités de la OGC. 5. Desconocimiento de los procesos de la Oficina de Gestion de la Calidad.
OPORTUNIDADES	**AMENAZAS**
1. Dirección General y equipo de gestión empoderados con la gestión de la calidad. 2. Empoderamiento de la población usuaria a reclamar sus derechos. 3.Identificacion de la Calidad como una prioridad dentro del hospital 4. MINSA-Viceministerio- Unidad Funcional de Calidad-Diris Lima Norte cuenta e implementa indicadores clave para el cumplimiento de metas institucionales (hospitales).	1. Indiferencia al cumplimiento de las normas de seguridad (lavado de manos). 2. Percepción negativa de la población respecto al hospital. 3. Limitada cultura y compromiso en los procesos de calidad por parte del personal de la organización. 4. Actitudes y comportamientos negativos del usuario interno que brida la atención en general. 5. El usuario desconocen los procesos internos de la institución.

MINISTERIO DE SALUD - GESTION DE LA CALIDAD - HOSPITAL SERGIO E. BERNALES

6.2.3 Alternativas de Solución:

1. Reestructura el CAP de la Oficina de Gestión de la Calidad, para mejorar las Áreas de Auditoria, Área de Normas y Acreditación y Atención al usuario.
2. Conformar, capacitar y aprobar nuevos comités con RD:

   a. Comité de Gestión de la Calidad
   b. Comité de Seguridad del Paciente
   c. Equipo de Acreditación del HNSEB
   d. Comité de Auditoria Medica
   e. Comité de Auditoria en Salud
   f. Comité de Auditoria de Gestión Clínica
   g. Comité de Mejora Continua de la Calidad

3. Solicitar facilidades en la Programación de turnos a los Miembros de los Comités institucionales en la Oficina de Gestión de la Calidad para dar cumplimiento a las actividades programadas en los planes y alcanzar los indicadores descritos en el plan.
4. Fomentar en el personal de salud el desarrollo de Proyectos de Mejora de la Calidad.
5. Disponer de ambientes adecuados para la atención de los usuarios internos y externos que permita atender con privacidad ante un incidente.
6. Fortalecer la Plataforma de Atención al usuario con recursos humanos.
7. Mejorar la información necesaria que con prestadores de salud se debe otorgar al usuario, con la finalidad de cubrir las expectativas de su atención, horario de informe médico, así como la optimización de los medios de información al público usuario que acude a nuestro establecimiento de salud.
8. Mejorar el trato al usuario, aspecto que constituye una de las tareas para la implementación de mejoras en la atención de los servicios con la capacitación permanente al personal del HSEB, en la mejora del trato al usuario.
9. Propiciar e integrar esfuerzos para desarrollar y fortalecer una cultura institucional orientada a brindar una atención de calidad a nuestros usuarios.
10. Recomendar que las diferentes Jefaturas incluyan en su Plan Operativo Actividades y capacitaciones relacionadas a temas de calidad de atención.
11. Las Jefaturas de los Departamentos y servicios deberán realizar reuniones multidisciplinarias para implementar las actividades del Plan de Auditoria.
12. Las Jefaturas deberán implementar acciones de mejora en sus servicios de acuerdo a las observaciones realizadas en las Auditorias de registro, de Caso, autoevaluación y Rondas para la Seguridad del Paciente.

13. Las Jefaturas deberán implementar acciones de mejora en sus servicios de acuerdo a las observaciones encontradas en las Auditorias de Caso.
14. Las Jefaturas deberán realizar supervisiones a sus historias clínicas conjuntamente con su comité de auditoría.
15. Las Jefaturas deberán elaborar, aprobar e implementar las Guías de Práctica Clínica y de Procedimientos en todos los servicios de las patologías y daños más frecuentes.
16. Constituir el Comité para la Acreditación hospitalaria nivel III-1
17. Modificar la matriz de actividades de la oficina de Gestion de la calidad (anexo)

6.3 ARTICULACION ESTRATEGICA AL PEI:

El presente plan anual se encuentra adecuado al plan estratégico institucional.

ARTICULACION OPERATIVA AL POI.

El presente plan se encuentra adecuado al plan operativo institucional 2021.

6.4 ACTIVIDADES.

OE1.Desarrollar el sistema de Gestion de la Calidad del HNSEB.

a) Elaborar y aprobar el plan de Gestion de la Calidad 2022.
b) Difundir y socializar el plan de Gestion de la Calidad 2022.
c) Monitorizar el cumplimiento del Plan de Gestion de la Calidad 2022.
d) Fortalecer las competencias del personal de la Institución en Gestion de la Calidad.

OE2. Promover el sistema de Gestion de Riesgos por la seguridad del paciente a través del registro y análisis periódico de incidentes y de eventos adversos.

a) Actualizar y aprobar el plan de Gestion de Riesgos por la seguridad del paciente.
b) Difundir el plan de Gestion de Riesgos por la seguridad del paciente.
c) Recopilar, consolidar y clasificar la información sobre la lista de Verificación de Cirugía Segura.

d) Recopilar, consolidar y clasificar la información sobre los eventos adversos notificados.

e) Recopilar, consolidar y clasificar la información sobre la adherencia de higiene de manos.

OE3. Conocer el grado de satisfacción de los usuarios externos y otras mediciones pertinentes en consulta externa, Hospitalización y Emergencia del HNSEB para apoyar la toma de decisiones.

a) Realizar el estudio de tiempos y movimientos en la consulta externa para la disminución de los tiempos de espera en los procesos de atención en consulta externa (emergencia sanitaria).

b) Emplear mecanismos de participación de los usuarios externos para la mejora de la satisfacción del usuario externo.

c) Ejecutar la medición de la satisfacción del usuario externo en consulta externa / hospitalización /emergencia.

d) Buscar estrategias de medición de la satisfacción del usuario en Área Covid, por emergencia sanitaria.

OE4.Desarrollar el proceso de autoevaluación y mejoramiento de los estándares para la acreditación hospitalaria.

a) Desarrollar acciones de sostenibilidad del proceso de acreditación hospitalaria.

b) Liderar el proceso de Autoevaluación 2022 para la acreditación.

c) Actualizar y aprobar el Pan de Autoevaluación 2022 y sus comités.

OE5.Implementar una adecuada gestión de reclamos, consultas y sugerencias de acceso para el usuario

a) Actualizar y aprobar la Directiva de Gestion de Reclamos, consultas y Sugerencias 2022.

b) Desarrollar acciones de mejora de los procesos de gestión de reclamos, consultas y sugerencias para fácil acceso al usuario.

c) Capacitar y concientizar al usuario interno sobre la gestión de atención de reclamos.

OE6.Implementar el monitoreo y evaluación de los indicadores de calidad.

a) Proponer y verificar la implementación de los indicadores de calidad de los servicios asistenciales y administrativos mediante los comités de mejora continua.
b) Analizar los resultados de los indicadores de calidad de los diferentes servicios, oficinas.

OE7.Contribuir mediante la auditoria a mejorar la calidad de atención en salud.

a) Elaborar el Plan Anual de Auditoria de la Calidad en Salud 2022.
b) Continuar con la implementación de la Norma Técnica de Salud de Auditoria de la Calidad de la Atención en Salud.
c) Realizar auditorías de la Calidad en Salud.
d) Realizar auditorías de la Gestion Clínica.
e) Efectuar seguimiento del cumplimiento de las recomendaciones de las auditorías.

OE8.Implementar acciones de mejora y/o proyectos de mejora continua de la calidad.

a) Conformar los comités de Mejora Continua de la Calidad del HNSEB en los diversos servicios y oficinas asistenciales y administrativos.
b) Capacitar a los comités de Mejora Continua de la Calidad del HNSEB en el uso de las herramientas de la Calidad para la mejora continua.
c) Asesorar y evaluarlos en la formulación de sus proyectos de mejora.
d) Estandarizar y actualizar las guías, manuales, protocolos de la institución para mejorar los procesos asistenciales y administrativos mediante los comités de mejora continua.

OE9.Promover e implementar una cultura del buen trato en salud.

a) Difundir los derechos y deberes de las personas usuarias de los servicios de salud.

b) Capacitar al personal de salud asistencial y administrativo referente a la promoción y protección de los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud.

c) Capacitar el buen trato en la atención en salud al personal de servicios priorizados.

d) Promover la cultura de Humanización en la atención de pacientes.

6.4 Actividades por Líneas estratégicas del Sistema de Gestion de la Calidad en el HNSEB.

6.4.1 Sistema de Gestion de la Calidad:

En el año 2021 se han desarrollado actividades del Sistema de Gestion de la Calidad que la OGC impulsa: el proceso de Auditoria de la Calidad en Salud, el proceso de Autoevaluación, las rondas de seguridad, el grado de satisfacción del usuario externo, la medición anual de los tiempos de espera en consulta externa, el monitoreo y análisis de eventos adversos, el cumplimiento de la aplicación de la lista de verificación de seguridad de la cirugía, Adherencia a la higiene de manos. El poco presupuesto y la emergencia sanitaria donde se han priorizado las áreas asistenciales que dificultan una participación activa en la implementación de un SGCS, y la falta de una adecuada organización por falta de recursos humanos y estructura de cargos en la oficina han tenido repercusiones en el cumplimiento de los objetivos propuestos.

6.4.2 Acreditación:

En el aspecto de Acreditación Hospitalaria nuestra institución ha realizado desde el 2009 10 autoevaluaciones y hemos obtenido en todos estos años una cifra lejana del mínimo requerido (85%). En el año 2021 se realizó el Proceso de autoevaluación interna con un resultado del 70% de cumplimiento, el cual nos ha permitido identificar fortalezas y debilidades y otros aspectos para mejora.

6.4.3 Satisfacción del Usuario Externo:

El HNSEB viene realizando la evaluación semestral de la satisfacción del usuario externo en consulta externa, hospitalización y Emergencia desde el año 2007 y aplicando la metodología SERVQUAL modificada desde el 2011.

En el año 2021 se realizó la medición de satisfacción del usuario siendo los resultados en **Consulta Externa** es 45.11% de satisfacción y 54.89 de insatisfacción; **Hospitalización** es 55.41% de satisfacción y 44.89% de insatisfacción; **Emergencia** es 29.18% de satisfacción y 70.82% de insatisfacción.

De acuerdo a los resultados obtenidos se debe implementar acciones de mejora en las tres áreas de atención al usuario externo, con la finalidad de la calidad de atención en nuestra institución.

6.4.4 Atención de Reclamos:

Actualmente, se cuenta con una Plataforma de Atención del Usuario (PAUS), que se encuentra funcionando dentro de la Oficina de Gestion de la Calidad, y con un módulo de PAUS que no se encuentra operativo por falta de recursos humanos y por cambios en los servicios por emergencia sanitaria.

Desde el 2020 se viene utilizando la atención de reclamos por vía virtual, por la página web del hospital, y también se creó un link de atención al usuario en Salud, donde tienen acceso a información para los pacientes.

En el año 2021 se presentaron 150 reclamos, a comparación del año 2020 que se presentaron 143 casos, de los cuales aún quedan reclamos pendientes de respuesta por las áreas involucradas, nos encontramos en proceso de mejora, con respecto a las respuestas de las áreas en el tiempo menor a 30 días para responder al usuario. El departamento de Emergencia es el que tiene mayor número de reclamos, con respecto a la clasificación es mayor los reclamos relacionados a la calidad de atención.

En el año 2021, se implementó la directiva de Gestion de Reclamos, consultas y sugerencias, para poder responder a tiempo el reclamo de insatisfacción del usuario que acude a nuestra institución, de acuerdo a la normativa actual.

6.4.5 Indicadores de Calidad:

Los indicadores de calidad son variables que permiten medir la calidad de los procesos en nuestra institución, para mejorar el grado de satisfacción de los usuarios externos, detectando las desviaciones de lo esperado y tomar decisiones sobre el tipo de medidas dirigidas al mejoramiento continuo de la calidad de atención.

En este contexto para el año 2022, se va implementar el comité de gestión de mejora continua de la calidad, con el objetivo de implementar, estandarizar los indicadores de los diferentes departamentos y servicios y oficinas del HNSEB.

6.4.6 Auditoria de la Calidad en Salud:

Las actividades de auditoria de la Calidad en Salud, han sido fortalecidas en este año 2021, sin embargo se desarrollan aun pocas auditorias de registro al año (20), 02 auditorías de caso en el año 2021, con personal en trabajo en remoto por la emergencia sanitaria.

6.4.7 Mejora Continua:

Para este año 2022, se encuentra en implementación del comité de **GESTION DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD DEL HNSEB**, con el objetivo de realizar mejoras en los diferentes servicios, oficinas, mediante la actualización y elaboración de guías, protocolos, manuales, procesos, flujos, indicadores, entre otros.

Los integrantes de la oficina de gestión de la Calidad, monitorizara todas las propuestas y brindara asistencia técnica a las diferentes unidades orgánicas para la elaboración de los proyectos, propuestas de mejora.

6.4.8 Gestion de Riesgos:

El Hospital Nacional Sergio E. Bernales viene monitoreando e implementando la Adherencia de Higiene de manos y Lista de Verificación de Cirugía Segura para fortalecer y dar prioridad a la prevención de IAAS de acuerdo a la normatividad vigente, así como salvaguarda la seguridad de los pacientes efectuando una gestión adecuada de riesgos, desarrollando buenas prácticas de atención acorde con el conocimiento científico disponible en mejora de la satisfacción del usuario, sensible a los valores, expectativas y preferencias de los pacientes, vinculadas al reconocimiento y análisis de los eventos adversos, aprendiendo de ellos y aplicando diversas estrategias que minimicen el riesgo de su ocurrencia.

a) Monitoreo de la Implementación de la Guía Técnica para el proceso de Higiene de manos en el HNSEB.

Se realiza el monitoreo de la Adherencia de Higiene de manos y se coordina con la oficina de Epidemiologia para el monitoreo de la aplicación de la guía técnica del lavado de manos, discutido y socializado en reuniones de los comités de gestión de riesgos y de IAAS, con el objetivo de continuar con el fortalecimiento de la calidad y seguridad. Así mismo son informados a DIRIS Norte.

b) Monitoreo de la Implementación de la Cirugía Segura.

Se realiza el monitoreo mensual del cumplimiento de la Aplicación de la lista de Verificación de Cirugía Segura (LVSC) en las salas del Servicio de Centro Quirúrgico, de cirugías electivas programadas y de emergencia, lo cual se evidencia en los informes semestrales que se remiten a la dirección General, Departamentos de Anestesiología y Centro Quirúrgico y a la DIRIS NORTE.

En el año 2021 se llegó a un promedio del 97% de cumplimiento. En el año 2021, se realizarán mejoras en cuanto a la modificación de la lista de chequeo de cirugía segura, con el equipo conductor de la LVSC.

c) **Monitoreo de la Implementación de la Vigilancia de Eventos Adversos en Servicios Priorizados.**

Se realiza el monitoreo mensual el total de eventos reportados por los diferentes servicios, sin embardo aún hay debilidades para la información con la ficha de eventos adversos.

d) **Rondas de Seguridad del Paciente en Servicios Priorizados:**

En el año 2021, se realizaron 12 rondas de seguridad del Paciente en los servicios priorizados (77% de cumplimiento). La selección del Servicio a visitar se fundamenta en las notificaciones de eventos adversos, auditorias o reportes de eventos. Los hallazgos de cada una de las rondas de Seguridad son presentados mediante informes semestrales a la Dirección general y posteriormente se programan reuniones de trabajo con el comité de rondas, el equipo de Gestion y los servicios involucrados que participan en el proceso de atención, para establecer el apoyo técnico o administrativo para la implementación de las acciones de mejora que sean necesarias.

6.5 PRESUPUESTO

6.6 FUENTES DE FINANCIAMIENTO:

Está financiado por presupuesto propio de la institución.

6.7 IMPLEMENTACION DEL PLAN:

Estarán a cargo de la implementación la oficina de Gestion de la Calidad en coordinación con todos los servicios, departamentos y oficinas asistenciales y administrativas del Hospital Sergio E. Bernales

6.8 ACCIONES DE SUPERVISION, MONITOREO Y EVALUACION DEL PLAN.

El presente Plan es de cumplimiento por las jefaturas de los Departamentos y servicios, los Comités de la Oficina de Gestión de la Calidad, de los departamentos, servicios y oficinas de todas las unidades orgánicas del Hospital Sergio E. Bernales.

La oficina de Gestión de la Calidad es la encargada de supervisar y monitorear el cumplimiento del plan.

a) Porcentaje del cumplimiento del Plan de Gestion de la Calidad

b) Numero de macro procesos que han superado el 85% de criterios óptimos en el proceso de Autoevaluación.
c) Nivel de Satisfacción del Usuario Externo- Resultado SERVQUAL y/o encuesta de satisfacción del usuario, tiempos y movimientos.
d) Porcentaje de Reclamos atendidos.
e) Porcentaje del cumplimiento de la línea de Acción de Gestion de Riesgos por la seguridad del paciente.
f) Número de Acciones de mejora Continua desarrollada.
g) Porcentaje de Rondas de Seguridad desarrolladas.
h) Porcentaje del cumplimiento de las auditorias de calidad en Salud.
i) Número de actividades para implementar una cultura del buen trato en salud.

- **Satisfacción del usuario:**

$$\frac{\text{Nº de usuarios satisfechos en un semestre}}{\text{Nº de usuarios encuestados en el mismo semestre}} \times 100$$

$$\frac{\text{Nº de quejas de los usuarios resueltos en un periodo}}{\text{Nº de quejas de los usuarios en el mismo periodo}} \times 100$$

- **Cirugía Segura**

$$\frac{\text{Nº de cirugías que aplica lista de chequeo en un periodo}}{\text{Nº de cirugías totales realizadas en el mismo periodo}} \times 100$$

- **Guías de Práctica Clínica**

$$\frac{\textit{Nº total de GPC aplicadas}}{\text{Total de HC de paciente con DX de las 10 patologías más frecuente}}$$

$$\frac{\textit{Nº total de Guías de Procedimientos aplicadas}}{\textit{Total de HC de paciente con DX de las 10 patologías más frecuente}}$$

- **Porcentaje de Auditorias de caso a Eventos Adversos**

$$\frac{\textit{Nº total de auditorías de caso realizado}}{\textit{Total de eventos adversos notificados}}$$

- **Porcentaje de Auditorias**

$$\frac{\textit{Nº total de auditorías de Gestión Clínica realizadas en el departamento}}{\textit{N° Total de auditorías de registro programadas para el departamento}}$$

N° total de auditorías de caso realizadas
N° Total de auditorías de caso solicitadas

- **Autoevaluación**

N° de macroprocesos con calificación satisfecha
Total de macroprocesos evaluados en el periodo

VII. PROPUESTAS DE MEJORA

1. Reestructura el CAP de la Oficina de Gestión de la Calidad, para mejorar las Áreas de Auditoria, Área de Normas y Acreditación y Atención al usuario.
2. Conformar, capacitar y aprobar nuevos comités con RD:

    a. Comité de Gestión de la Calidad
    b. Comité de Seguridad del Paciente
    c. Equipo de Acreditación del HNSEB
    d. Comité de Auditoria Medica
    e. Comité de Auditoria en Salud
    f. Comité de Auditoria de Gestión Clínica
    g. Comité de Mejora Continua de la Calidad

3. Solicitar facilidades en la Programación de turnos a los Miembros de los Comités institucionales en la Oficina de Gestión de la Calidad para dar cumplimiento a las actividades programadas en los planes y alcanzar los indicadores descritos en el plan.
4. Fomentar en el personal de salud el desarrollo de Proyectos de Mejora de la Calidad.
5. Disponer de ambientes adecuados para la atención de los usuarios internos y externos que permita atender con privacidad ante un incidente.
6. Fortalecer la Plataforma de Atención al usuario con recursos humanos.
7. Mejorar la información necesaria que con prestadores de salud se debe otorgar al usuario, con la finalidad de cubrir las expectativas de su atención, horario de informe médico, así como la optimización de los medios de información al público usuario que acude a nuestro establecimiento de salud.
8. Mejorar el trato al usuario, aspecto que constituye una de las tareas para la implementación de mejoras en la atención de los servicios con la capacitación permanente al personal del HSEB, en la mejora del trato al usuario.

9. Propiciar e integrar esfuerzos para desarrollar y fortalecer una cultura institucional orientada a brindar una atención de calidad a nuestros usuarios.
10. Recomendar que las diferentes Jefaturas incluyan en su Plan Operativo Actividades y capacitaciones relacionadas a temas de calidad de atención.
11. Las Jefaturas de los Departamentos y servicios deberán realizar reuniones multidisciplinarias para implementar las actividades del Plan de Auditoria.
12. Las Jefaturas deberán implementar acciones de mejora en sus servicios de acuerdo a las observaciones realizadas en las Auditorias de registro, de Caso, autoevaluación y Rondas para la Seguridad del Paciente.
13. Las Jefaturas deberán implementar acciones de mejora en sus servicios de acuerdo a las observaciones encontradas en las Auditorias de Caso.
14. Las Jefaturas deberán realizar supervisiones a sus historias clínicas conjuntamente con su comité de auditoría.
15. Las Jefaturas deberán elaborar, aprobar e implementar las Guías de Práctica Clínica y de Procedimientos en todos los servicios de las patologías y daños más frecuentes.
16. Constituir el Comité para la Acreditación hospitalaria nivel III-1

Anexo 1: PROPUESTA DE MATRIZ DE ACTIVIDADES DE LA OFICINA DE GESTION DE LA CALIDAD

UNIDAD ORGANICA: OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD			PROGRAMACIÓN DE METAS FÍSICAS 2022 (ENERO -DICEMBRE)											
Actividad Presupuestal	Unidad de Medida	Meta Fisica Anual	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Set	Oct	Nov	Dic
			Prog	Prog	Prog	Prog	Prog	Prog	Prog	Prog	Prog	Prog	Prog	Prog
1. Elaborar Documentos de Gestión Administrativa														
Informe del Plan de Actividades de la Oficina de Gestion de la Calidad 2021	Informe	1	1											
Elaboracion del Plan Anual de Trabajo de la Oficina de Gestion de la Calidad 2022	Documento	1		1										
Elaboracion del Plan Anual de Gestion de Riesgos por la Seguridad del Paciente 2022	Documento	1		1										
Elaboracion del Plan Anual de Auditoria de la Calidad de Atencion en Salud 2022	Documento	1		1										
Elaboracion del Plan de Rondas y Gestion de Riesgos para la Seguridad del Paciente 2021	Documento	1		1										
Elaboracion del Plan de Autoevaluacion Interna del HSEB 2022		1		1								1		
Elaboracion de Directivas Institucionales	Documento	A demanda												
Remision de Informes mensuales del Plan de Trabajo de la Oficina de Gestion de la Calidad-OEPE	Documento	12	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1
Reuniones Tecnicas con personal de dptos y servicios	Documento	20	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Participacion en reuniones de Gestion en la Direccion del Hospital	Documento	36	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
Remision de informes solicitados por el MINSA, DIRIS Lima Norte u otros	Documento	A demanda	4		3				3					2

MINISTERIO DE SALUD - GESTION DE LA CALIDAD - HOSPITAL SERGIO E. BERNALES

2. Libro de Reclamaciones en Salud														
Remision de informe de denuncias a la OCI (Libro de Reclamaciones en Salud)	Documento	4	1		1			1			1			1
Remision de informe del Reporte del Libro de Reclamos a DIRIS Lima Norte	Documento	8			1			1			1			1
Atención y seguimiento de solicitudes presentadas a la institución por el usuario externo para la implementación de mejoras.	Documento	12	0		3			3			2			2
Emision de respuesta a reclamos formulados en el Libro de Reclamaciones	Documento	144	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12
Informacion Directa a Susalud por denuncias presentadas a Susalud	Documento	4			1			1			1			1
Procesamiento de datos del Buzon de sugerencias	Documento	A DEMANDA						1					1	
3. Medición de la satisfacción del usuario externo en consulta externa/hospitalización/emergencia														
Elaboracion del Plan de Medicion del Grado de Satisfaccion del Usuario Externo	Documento	1					1							
Medir y difundir el nivel de satisfacción de los usuarios del HSEB (Consulta Externa, Hospitalizacion , Emergencia)	Documento	1						1						
Elaboracion del Plan para el Estudio del Tiempo de Espera en la Atencion al Usuario Externo(consulta externa, emergencia y farmacia)	Documento				1							1		
Medir y difundir del Tiempo de Espera en Consulta Externa, Emergencia	Documento	2			1						1	1		1

4. Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía en centro quirúrgico.														
Aplicación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía en pacientes de emergencia	Documento	12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Aplicación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía en pacientes programados	Documento	12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Informe de la Aplicación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía en pacientes programados y de emergencia	Documento	2						1						1
5. Implementación del Registro, Notificación y Análisis de la ocurrencia de Eventos Adversos en														
Implementación del Sistema de Registro,Notificación y Análisis de la ocurrencia de Eventos Adversos en Salud en el HSEB	Documento	12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Informe de la Implementación del Sistema de Registro,Notificación y Análisis de la ocurrencia de Eventos Adversos en Salud en el HSEB	Documento	12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Efectuar Rondas de Seguridad del Paciente en áreas críticas	Documento	12		1	1	1	2	2	1	1	2	1		
Monitorear el levantamiento de observaciones de la Rondas por la Seguridad del Paciente	Documento	8			1	1	2	2	1	1	2	2		

MINISTERIO DE SALUD
GESTIÓN DE LA CALIDAD
HOSPITAL SERGIO E. BERMALES

6. Implementación de la Auditoría de la Calidad de Atención de salud.														
Desarrollar el proceso de auditorias en el servicio de Cirugia	Documento	24	0	2	4	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Desarrollar el proceso de auditorias en el servicio de Medicina	Documento	24	0	2	4	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Desarrollar el proceso de auditorias en el servicio de Pediatria	Documento	24	0	2	4	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Desarrollar el proceso de auditorias en el servicio de Gineco Obstetricia	Documento	24	0	2	4	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Desarrollar el proceso de auditorias en el servicio de Emergencia	Documento	24	0	2	4	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Desarrollo de Auditorias de Caso por parte del Comité de Auditoria Medica (variable a demanda)	Documento	12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Remision de Auditoria de Caso al area de origen	A DEMANDA	12												
Asistencia Tecnica en la Elaboracion de Guias de Practica Clinica	Documento	12			3			3			3			3
Revisión y evaluación de Guias de Practica Clinica	Documento	4			1			1			1			1
Adherencia de Guias de Practica Clinica y Procedimientos según formato establecido en Medicina	Documento	24	0	2	4	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Adherencia de Guias de Practica Clinica y Procedimientos según formato establecido Cirugia	Documento	24	0	2	4	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Adherencia de Guias de Practica Clinica y Procedimientos según formato establecido en Pediatria	Documento	24	0	2	4	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Adherencia de Guias de Practica Clinica y Procedimientos según formato establecido en Gineco Obstetricia	Documento	24	0	2	4	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Adherencia de Guias de Practica Clinica y Procedimientos según formato establecido Emergencia	Documento	24	0	2	4	2	2	2	2	2	2	2	2	1
Asistencia Tecnica en la Elaboracion de Guias Tecnicas de Procedimientos	Documento	12			3			3			3			3
Asistencia Tenica en la elaboracion de manuales y directivas de los dptos y servicios	Documento	4			1			1			1		1	

7. Implementación de proyectos y/o acciones de mejoras en relación a las líneas de acción del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud y las prioridades sanitarias identificadas y/o Institucionales (usuario externo, tiempo de espera en la consulta externa y/o emergencia).														
Capacitación a los Comité y/o Equipos de Mejora Continua, sobre uso de herramientas de la calidad y metodología para elaboración de Proyectos de Mejora.	Curso	1	0						1		1			
Comité y/o Equipo de Proyectos de mejora Continua con RD	Documento	1	0		1						1			
Asesorar en la elaboracion de Proyectos de Mejora Continua de la Calidad en Salud	Documento	4	0		1			1				1	1	
8. Implementación de la Acreditacion Hospitalaria y Autoevaluación del HSEB.														
RD Comité de Acreditacion del HSEB .	Documento	1			1									
RD Comité de Autoevaluacion del HSEB .	Documento	1			1									
Fortalecer la capacidad técnica de los autoevaluadores .	Curso	1									1			
Desarrollo de la autoevaluacion interna como parte del proceso de acreditacion de establecimientos de salud	Documento	1										1		
Monitorizar indicadores de desempeño del HNSEB en Acuerdo de los Compromisos de Gestion	Documento	12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Desarrollo del Proceso de Categorizacion de la Institucion	Documento	4			1			1			1			1