



# Resolución Directoral

Lima, 18 de Febrero de 2021

Visto el Expediente N° 21-002535-001, conteniendo la Nota Informativa N° 013-2020-OGC/HNHU de la Oficina de Gestión de la Calidad solicitando la aprobación del proyecto de Plan Anual de Gestión de la Calidad de la Atención en Salud del Hospital Nacional Hipólito Unanue 2021;

## CONSIDERANDO:

Que, los artículos I y II del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, disponen que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, y que la protección de la salud es de interés público. Por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;

Que, el artículo VI del Título Preliminar de la precitada Ley, establece que es de interés público la provisión de servicios de salud, cualquiera sea la persona o institución que los provea, siendo 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;

Que, el inciso b) del artículo 37° del Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, aprobado mediante Decreto Supremo N° 013-2006-SA, establece que al Director Médico o al responsable de la atención de salud le corresponde 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 y la estandarización de los procedimientos de la atención de salud;

Que, mediante Nota Informativa N° 051-2021-OGC/HNHU, la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad solicita la aprobación del Plan Anual de Gestión de la Calidad de la Atención en Salud del Hospital Nacional Hipólito Unanue 2021;

Que, mediante Memorando N° 081-2021-OPE/HNHU la Directora Ejecutiva de la Oficina de Planeamiento Estratégico informa que mediante Nota Informativa N° 011-2021-UPL/OPE/HNHU, la Unidad de Planeamiento indica que el referido proyecto de Plan cumple con la estructura mínima para la elaboración de documentos técnicos y que las actividades programadas en el presente proyecto están articuladas a la cadena programática: Producto 3999999, y de la Actividad Operativa 5000003, Gestión Administrativa, programados en el POI 2021 por la Oficina de Gestión de la Calidad vinculado a la finalidad presupuestal: 00000009, Acciones Administrativas;

Que, el proyecto de Plan Anual de Gestión de la Calidad de la Atención en Salud del Hospital Nacional Hipólito Unanue 2021 propuesto, tiene como objetivo general planificar la ejecución de las diferentes actividades enmarcadas bajo los tres ejes de trabajo que garantice la calidad de la atención de salud;

Estando a lo informado por la Oficina de Asesoría Jurídica en su Informe N° 059-2021-OAJ/HNHU;



Con el visado de la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad, del Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica y de la Directora Ejecutiva de la Oficina de Planeamiento Estratégico; y,

De conformidad con la Ley N° 26842, Ley General de Salud, Decreto Supremo N° 013-2006-SA y en uso de las atribuciones conferidas en el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional Hipólito Unanue, aprobado por Resolución Ministerial N°099-2012/MINSA;

**SE RESUELVE:**

**Artículo 1.-** Aprobar el "Plan Anual de Gestión de la Calidad de la Atención en Salud del Hospital Nacional Hipólito Unanue 2021", el mismo que forma parte de la presente Resolución y por las razones expuestas en la parte considerativa.

**Artículo 2.-** Encargar a la Oficina de Gestión de la Calidad la ejecución y seguimiento del Plan Anual de Gestión de la Calidad de la atención en salud del Hospital Nacional Hipólito Unanue 2021, aprobado por el artículo 1 de la presente Resolución.

**Artículo 3.-** Disponer que la Oficina de Comunicaciones proceda a la publicación de la presente Resolución en la Página Web del Hospital.

**Regístrese y comuníquese.**

MINISTERIO DE SALUD  
Hospital Nacional "Hipólito Unánue"

-----  
Dr. Luis W. MIRANDA MOLINA  
DIRECTOR GENERAL (e)  
CMP N°27423



LWMM/SCDC/Mariene G.

DISTRIBUCIÓN.

- ( ) D. Adjunta
- ( ) OAJ
- ( ) Oficina de Gestión de la Calidad
- ( ) Dptos Asistenciales
- ( ) OCI
- ( ) Archivo.



"Hospital Nacional "Hipólito Unanue"



# Plan Anual de Gestión de la Calidad de la Atención en Salud del Hospital Nacional Hipólito Unanue 2021



**OGC** | Oficina de Gestión de la Calidad

## **EQUIPO DE GESTIÓN DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE**

**M.C LUIS WILFREDO MIRANDA MOLINA**  
Director General

**M.C YUDY MILUSKA ROLDAN CONCHA**  
Directora Adjunta

**LIC. ISABEL JULIA LEON MARTEL**  
Directora Ejecutiva de la Oficina de Planeamiento Estratégico

**LIC. RUTH MORENO GALARRETA**  
Directora Ejecutiva de la Oficina de Administración

---

## **EQUIPO DE LA OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD**

**M.C. SILVIA VARGAS CHUGO**  
Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad

**M.C. PAOLA BACA CABANILLAS**  
**M.C. KATTERIN GUZMAN MANCILLA**  
Unidad de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud  
Guías de Práctica Clínica y Guías de Procedimientos Asistenciales

**M.C. KATYA ALMEYDA ALVARADO**  
Unidad de Seguridad del Paciente

**BACH. CHRIS MENDOZA MOLINA**  
Unidad de Mejora Continua

**TEC. ROXANA MORENO SANCHEZ**  
Asistente Administrativo

**SRTA. ALEJANDRA MENESES CALLE**  
Secretaria





## ÍNDICE

I. Introducción.....	4
II. Finalidad.....	5
III. Objetivo.....	5
3.1. Objetivo general.....	5
3.2. Objetivos específicos.....	5
IV. Base Legal.....	5-6
V. Ámbito de aplicación.....	7
VI. Contenido.....	7
6.1. Aspectos técnicos conceptuales.....	8-12
6.2. Actividades.....	13-18
VII. Responsabilidades .....	18
VIII. Presupuesto.....	18-22
IX. Anexos.....	23
Anexo N° 01: Matriz de programación y seguimiento.....	23-28



## I. INTRODUCCIÓN

La Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital Nacional Hipólito Unanue tiene como función principal implementar el Sistema de Gestión de la Calidad en la Institución; a fin de promover con la participación activa del personal de salud; la mejora continua de la atención asistencial y administrativa al paciente.

Nuestra oficina, trabaja articuladamente con las diferentes unidades orgánicas y cumple una función importante en el desarrollo de actividades que permitan mejorar la calidad de la atención y la satisfacción de los usuarios tanto internos como externos.

Considerando a la calidad de la atención como uno de los pilares fundamentales de la prestación de los servicios de salud, se deduce que es un requisito fundamental, orientado a otorgar seguridad a los usuarios, satisfaciendo sus expectativas y minimizando los riesgos en la prestación de servicios. Ello conllevó a la necesidad de implementar un sistema de gestión de la calidad en nuestra institución, la misma, que está enmarcada bajo los siguientes ejes:

Eje 1: Gestión de Procesos para la Autoevaluación/Acreditación

Eje 2: Gestión del Riesgo y las Buenas Prácticas en Seguridad del Paciente

Eje 3: Procesos de Mejora Continua e Información para la Gestión de la Calidad

## II. FINALIDAD

Contribuir al fortalecimiento del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud de la institución, de acuerdo a las necesidades y expectativas de nuestros usuarios (internos y externos).

## III. OBJETIVOS

### 3.1. Objetivo general:

- Planificar la ejecución de las diferentes actividades enmarcados bajo los tres ejes de trabajo que garanticen la calidad de la atención de salud.

### 3.2. Objetivos específicos:

- O.E. 1.1. Planificar el proceso de Autoevaluación para la Acreditación Hospitalaria.
- O.E. 1.2. Desarrollar el Proceso de Autoevaluación para la Acreditación Hospitalaria.
- O.E. 2.1. Fortalecer competencias en Buenas Prácticas de Atención y Gestión del Riesgo.
- O.E. 2.2. Fortalecer el Sistema de Registro- Notificación - Análisis y Mejora del Incidente y Evento Adverso.
- O.E. 2.3. Promover una cultura basada en el aprendizaje del Error - Cultura de Seguridad.
- O.E. 2.4. Promover Buenas Prácticas de Atención por la Seguridad del Paciente (Objetivos Internacionales en Seguridad del Paciente).
- O.E. 2.5. Implementar el Proceso de Aprendizaje del Error (Rondas de Seguridad del Paciente-Identificación de los Verificadores Inseguros, Auditorías de la Calidad de Atención).
- O.E. 2.6. Fortalecer el Proceso de Análisis de los Eventos Centinela.
- O.E. 3.1. Fortalecer competencias en Mejora Continua de la Calidad.
- O.E. 3.2. Información para la promoción de la Cultura de Mejora Continua de la Calidad.
- O.E. 3.3. Optimizar y Mejorar Procesos Críticos (Desarrollo de Acciones o PMCC).

## IV. BASE LEGAL

- Ley N° 26842, "Ley General de Salud" y sus modificatorias.
- Ley N° 27658, "Ley Marco de Modernización de la Gestión del Estado".
- Ley N° 27806, "Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública".

- Ley N° 27815, "Ley del Código de Ética de la Función Pública".
- Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- Resolución Ministerial N° 099-2012/MINSA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional Hipólito Unanue.
- Decreto Supremo N° 013-2006-SA, que aprueba el "Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".
- Resolución Ministerial N° 850-2016/MINSA, que aprueba el documento "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud".
- Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, que aprueba el documento técnico "Sistema 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 214-2018/MINSA, que aprueba la NTS N° 139-MINSA/2018/DGAIN: "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica".
- Resolución Ministerial N° 502-2016/MINSA, que aprueba la NTS N° 029-MINSA /DIGEPRES-V.02: "Norma Técnica de Salud de Auditoria de la Calidad de Atención en Salud".
- Resolución Ministerial N° 302-2015/MINSA, que aprueba la Norma Técnica de Salud N°117-MINSA/DGSP-V.01: "Norma Técnica de Salud para la Elaboración y Uso de Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud".
- Resolución Ministerial N° 414-2015/MINSA, que aprueba el documento técnico "Metodología para la Elaboración de Guías de Práctica Clínica".
- Resolución Directoral N° 211-2020-DG-HNHU, que aprueba la Directiva Sanitaria N° 038-2020-HNHU-DG "Directiva Sanitaria para la elaboración de Guías de Procedimientos Asistenciales en el Hospital Nacional Hipólito Unanue".
- Resolución Ministerial N° 676-2006-MINSA, que aprueba el "Plan Nacional para la Seguridad del Paciente 2006-2008".
- 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° 631-2016/IGSS, que aprueba la Directiva Sanitaria N° 005- IGSS/ V.1: "Sistema de Registro y Notificación de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinelas".



- Resolución Jefatural N° 764-2016/IGSS, aprueba la Directiva Sanitaria N° 009-IGSS/V.01 Análisis de los Eventos Centinelas en las IPRESS y UGIPRESS del Instituto de Gestión de Servicios de Salud.
- Resolución Ministerial N° 1021-2010/MINSA, que aprueba la "Guía Técnica de Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía".
- Resolución Ministerial N° 308-2010/MINSA, que aprueba la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía".
- Resolución Ministerial N° 270-2007/MINSA, que aprueba la "Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimiento de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".
- 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 para la elaboración de Proyectos de Mejora y la Aplicación de Técnicas y Herramientas para la Gestión de la Calidad".
- Resolución Directoral N° 078-2020-DG-HNHU, que aprueba la Directiva Administrativa N° 036-HNHU/2020/DG "Directiva para la formulación de Acciones de Mejora y/o Proyectos de Mejora Continua de la Calidad en Salud".

## V. ÁMBITO DE APLICACIÓN

El presente plan es de aplicación y de cumplimiento obligatorio por todos los órganos y unidades orgánicas del Hospital Nacional Hipólito Unanue.

## VI. CONTENIDO

Para el cumplimiento de las actividades que contribuyan a tal fin, la Oficina de Gestión de la Calidad se organiza en las siguientes unidades:

**Unidad de Auditoría de la Calidad;** donde se desarrollan los procesos de evaluación de auditoría de calidad de historias clínicas; auditorías de caso, evaluación de guías de práctica clínica, guía de procedimientos y evaluación de procesos de adherencia a guías de práctica clínica, así como de procedimientos.

**Unidad de Seguridad del Paciente**, donde se desarrollan rondas de seguridad del paciente, análisis de eventos adversos, verificación del cumplimiento de las listas de chequeo de cirugía segura, auditoría de registro de lista de verificación de cirugía segura.

**Unidad de Mejora Continua de la Calidad**; donde se desarrollan procesos de mejora continua a través de acciones o proyectos, aplicación de encuestas de satisfacción del usuario externo, medición de tiempo de espera en consulta externa y el proceso de autoevaluación para la acreditación hospitalaria.

### 6.1. Aspectos técnicos conceptuales

**Calidad:** Conjunto de características que posee un producto o servicio y que satisfacen los requisitos técnicos y expectativas de los usuarios.

**Gestión de la Calidad:** Son las actividades coordinadas para dirigir y controlar una organización en lo relativo a la calidad. La dirección y control en lo relativo a la calidad generalmente incluye el establecimiento de la política de la calidad, los objetivos de la calidad, la planificación de la calidad, el control de la calidad, el mejoramiento de la calidad y el aseguramiento de la calidad.

**Acción insegura:** Es la conducta que ocurre durante el proceso de atención de salud, usualmente por acción u omisión de los miembros del equipo. En un incidente pueden estar involucrados una o varias acciones inseguras.

**Incidente:** Evento adverso que no ha causado daño, pero susceptible de provocarlo en otras circunstancias o que pudiera favorecer la aparición de un evento adverso.

**Riesgo:** Es el factor que incrementa la probabilidad de ocurrencia de un evento adverso dentro del proceso de atención de salud.

**Evento Adverso:** Es una lesión o resultado indeseado, no intencional, en la salud del paciente, directamente asociado con la atención de salud. Puede ser causado por errores o por la imprevisible reacción del organismo del paciente.

**Evento centinela:** Es aquel evento adverso que produce la muerte o un daño físico o psicológico severo de carácter permanente, que no estaba presente anteriormente y que requiere tratamiento permanente o cambio en el estilo de vida cuya ocurrencia debe interpretarse como una señal de alarma para el sistema de vigilancia de la calidad en

salud, pues por lo general es la manifestación de que algo está fallando en el proceso de atención.

**Protocolo de Londres:** Es una metodología de análisis multicausal para investigar los eventos adversos centinela, permite identificar en cada caso cuales han sido los factores contribuyentes a la ocurrencia del evento adverso y encontrar las acciones que deben ser implementadas para favorecer el aprendizaje organizacional.

**Rondas de Seguridad:** Es una herramienta de calidad que permite evaluar la ejecución de las Buenas prácticas de la Atención en Salud, recomendada para fortalecer la cultura de seguridad del paciente, consiste en una visita programada a una UPSS seleccionado al azar en una determinada IPRESS, para identificar prácticas inseguras durante la atención de salud y establecer contacto directo con el paciente, familia y personal de salud, siempre con actitud educativa y no punitiva.

**Cultura de Seguridad:** Es el patrón integrado de comportamiento individual y de la organización, basado en creencias y valores compartidos, que busca continuamente reducir al mínimo el daño que podría sufrir el paciente como consecuencia de los procesos de atención en salud.

**Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud:** Es el procedimiento sistemático y continuo de evaluación del cumplimiento, por los profesionales de salud, de estándares y requisitos de calidad de los procesos de atención en salud a los usuarios de manera individual, y que tiene como finalidad fundamental la búsqueda de la mejora continua de las atenciones en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo.

**Auditoría en Salud:** Tipo de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud sobre todo el proceso de atención realizada, o sobre un aspecto en particular de la atención (de enfermería, obstetricia, u otros); es llevada a cabo por profesionales de salud, capacitados y formados para realizar Auditoría de la Calidad. Puede incluir aspectos administrativos, relacionados directamente con la atención brindada.

**Auditoría de Caso:** Tipo de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud, que no está incluida en el Plan Anual. Se realiza ante la presencia de un incidente de tipo clínico, que ha generado daño real (evento adverso) o potencial al usuario en el proceso de atención, independiente de que genere repercusión en los medios públicos, o denuncias, reclamos quejas de parte afectada o interesada. Por lo general obliga a la participación de

diferentes especialidades médicas, y puede incluir aspectos administrativos, relacionados directamente con la atención brindada. La metodología sugerida es el análisis de causa raíz.

Las cuales deben cumplir con uno de los siguientes criterios:

- Casos de mortalidad materno-perinatal.
- Reingresos por el mismo diagnóstico.
- Eventos adversos en anestesiología: Complicaciones anestésicas.
- Eventos adversos en cirugía: Complicaciones postoperatorias.
- Eventos centinela.
- Asimismo, deben realizarse cuando ocurra un hecho evidente que vulnere los derechos de los usuarios de los servicios de salud, independientemente que genere o no una queja o denuncia del usuario o de sus familiares.

**Auditoria Programada:** Tipo de Auditoría que se realiza en cumplimiento de la planificación anual que hace el establecimiento de salud, para auditar atenciones realizadas por departamento o servicio asistencial. Están incluidos en el Plan Anual.

Las cuales deben cumplir con uno de los siguientes criterios:

- Defunciones con problemas diagnósticos y sin diagnóstico definitivo.
- Estancias prolongadas: hospitalizados más de veinte (20) días.
- Reintervenciones quirúrgicas.
- Tiempos de espera prolongados.
- Operaciones cesáreas primarias.
- Evaluación del cumplimiento de las Funciones Obstétrico Neonatales (FON).
- Evaluación de cumplimiento de los controles por etapas de vida.
- Evaluación de cumplimiento de actividades preventivo promocionales, como el programa de vacunación.

**Auditoría Médica:** Tipo de Auditoría sobre un Acto Médico, realizada por profesionales médicos, que no han participado en la producción de datos o la información, ni en la atención médica. Es la revisión detallada de registros y procesos médicos seleccionados con el objetivo de evaluar la calidad de la atención médica brindada. Incluye los aspectos de prevención, promoción, recuperación y rehabilitación en salud, así como el diagnóstico, tratamiento y evolución, y el uso de recursos, según corresponda.

**Hallazgos de Auditoria:** Se refieren a los resultados de la evaluación de la evidencia de la auditoría de la calidad de atención en salud, recopilada frente a los criterios de

auditoría. Los hallazgos de la auditoría pueden indicar conformidad o no conformidad con los criterios de auditoría, u oportunidades de mejora.

**No Conformidad:** Incumplimiento de un criterio en auditoría.

**Complicación:** Resultado clínico de probable aparición e inherente a las condiciones propias del paciente y/o de su enfermedad.

**Medicina Basada en la Evidencia:** Es el uso Juicioso y explícito de la mejor evidencia disponible para la toma de decisiones al momento de brindar una atención en salud; sea esta individual y/o colectiva.

**Guía de Práctica Clínica (GPC):** Son un conjunto de recomendaciones desarrolladas de forma sistemática para ayudar a profesionales y a pacientes a tomar decisiones sobre la atención sanitaria más apropiada, y a seleccionar las opciones diagnósticas o terapéuticas más adecuadas a la hora de abordar un problema de salud o una condición clínica específica.

**Guía de Procedimiento Asistencial (GPA):** Documento en el que se define por escrito y de manera detallada el manejo del problema clínico y/o quirúrgico, en ella se establecen técnicas, metodologías, instrucciones o indicaciones que permite al personal seguir un determinado recorrido.

**Evaluación de la Calidad de Registro:** Verificación seriada o muestral de la calidad de los registros de las atenciones de salud brindadas y en los formatos que forman parte de la Historia Clínica; incluye los registros médicos, de enfermería, de obstetricia, de odontología, de tecnología médica, y otros, según corresponda. Constituye una de las herramientas para la Auditoría de Gestión Clínica.

**Consentimiento Informado:** Es la autorización expresa que el paciente o su representante legal cuando el paciente está imposibilitado, otorga al profesional de la salud respecto a una atención médica, quirúrgica o algún otro procedimiento, en forma libre, voluntaria y consciente, después que el médico u otro profesional de salud competente le ha informado de la naturaleza de la atención, incluyendo los riesgos reales y potenciales, efectos colaterales y efectos adversos, además de los beneficios. Por lo tanto, solo después del conocimiento de esta información el paciente o su representante legal suscribe y autoriza la intervención o procedimiento, junto con el profesional

responsable. Se exceptúa de consentimiento informado en caso de situación de emergencia, según los artículos 4 y 40 de la Ley N° 26842, Ley General de Salud.

**Autoevaluación:** Fase inicial obligatoria de evaluación del proceso de acreditación, en la cual los establecimientos de salud que cuentan con un equipo institucional de evaluadores internos previamente formados, hacen uso del Listado de Estándares de Acreditación y realizan una evaluación interna para determinar el nivel de cumplimiento e identificar sus fortalezas y áreas susceptibles de mejoramiento.

**Acreditación:** Proceso de evaluación externa, periódico, basado en la comparación del desempeño del prestador de salud con una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar, formulados y conocidos por los actores de la atención de la salud, y que está orientado a promover acciones de mejoramiento continuo de la calidad de atención.

**Listado de Estándares de Acreditación:** Documento que contiene los estándares, los atributos relacionados, las referencias normativas y los criterios de evaluación en función de los macroprocesos que se realizan en todo establecimiento de salud o servicio médico de apoyo y que sirve como instrumento para las evaluaciones.

**Mejoramiento continuo de la Calidad:** Es una metodología que implica el desarrollo de un proceso permanente y gradual en toda la organización, a partir de los instrumentos de garantía de la calidad, con el fin de cerrar las brechas existentes, alcanzar niveles de mayor competitividad y encaminarse a construir una organización de excelencia.

**Acciones de mejora:** Es el conjunto de acciones preventivas, correctivas y de innovación en los procesos de la organización que agregan valor a los productos.

**Proyecto de mejora:** Son proyectos orientados a generar resultados favorables en el desempeño y condiciones del entorno a través del uso de herramientas y técnicas de calidad.

**Satisfacción del Usuario Externo:** Grado de cumplimiento por parte de la organización de salud, respecto a las expectativas y percepciones del usuario en relación a los servicios que esta le ofrece.

**Tiempo de espera:** Es el tiempo de respuesta que pasa desde la entrada al hospital hasta el momento efectivo que se ofrece el servicio.



## 6.2. Actividades

### EJE N° 1: GESTIÓN DE PROCESOS PARA LA AUTOEVALUACIÓN/ACREDITACIÓN

#### Objetivo Específico 1.1. Planificar el proceso de Autoevaluación para la Acreditación Hospitalaria

**ACT. 1:** Elaboración y aprobación con Resolución Directoral del Plan de Autoevaluación.

**ACT. 2:** Actualización y conformación del equipo de evaluadores internos para la autoevaluación.

**ACT. 3:** Actualización y conformación del Equipo de Acreditación del HNHU.

**ACT. 4:** Capacitación dirigida al equipo de Evaluadores Internos y al Equipo de Acreditación en Norma Técnica de Acreditación.

#### Objetivo Específico 1.2. Desarrollar el Proceso de Autoevaluación para la Acreditación Hospitalaria

**ACT. 5:** Comunicación oficial del inicio de Autoevaluación.

**ACT. 6:** Informe técnico de Autoevaluación para la Acreditación del Hospital Nacional Hipólito Unanue.

**ACT. 7:** Seguimiento del cumplimiento de recomendaciones en base a los resultados del proceso de Autoevaluación.

### EJE N° 2: GESTIÓN DEL RIESGO Y BUENAS PRÁCTICAS EN SEGURIDAD DEL PACIENTE

#### Objetivo Específico 2.1. Fortalecer competencias en Buenas Prácticas de Atención y Gestión del Riesgo

**ACT. 8:** Elaboración y aprobación con Resolución Directoral del Plan de Seguridad del Paciente.

**ACT. 9:** Capacitación dirigido a los integrantes del Comité de Seguridad del Paciente y a las Jefaturas asistenciales, en Gestión del Riesgo, Notificación Eventos Adversos y Análisis de Eventos Centinela.

**ACT. 10:** Elaboración y aprobación con Resolución Directoral del Plan de Auditoría.

**ACT. 11:** Actualización de la Resolución Directoral N° 176-2020-HNHU-DG del Comité de Auditoría Médica y Comité de Auditoría en Salud del Hospital Nacional Hipólito Unanue; según la Resolución Ministerial N° 502-2016/MINSA.

**ACT. 12:** Capacitación dirigida al personal asistencial sobre auditoría de la calidad de la atención.

**Objetivo Específico 2.2. Fortalecer el Sistema de Registro- Notificación - Análisis y Mejora del Incidente y Evento Adverso**

**ACT. 13:** Elaboración y aprobación con Resolución Directoral del Plan Anual de Guías de Práctica Clínica y Guías de Procedimientos Asistenciales del Hospital Nacional Hipólito Unanue.

**ACT. 14:** Consolidado de registro, notificación y análisis de eventos adversos.

**ACT. 53:** Curso Taller: Metodología para la elaboración de Guías de Práctica Clínica y Guía de Procedimientos Asistenciales basadas en evidencia.

**Objetivo Específico 2.3. Promover una cultura basada en el aprendizaje del Error - Cultura de Seguridad**

**ACT. 15:** Informe de las Guías de Práctica Clínica aprobadas con Resolución Directoral de los diferentes departamentos y servicios asistenciales del Hospital Nacional Hipólito Unanue.

**Objetivo Específico 2.4. Promover Buenas Prácticas de Atención por la Seguridad del Paciente (Objetivos Internacionales en Seguridad del Paciente)**



**ACT. 16:** Medición de la adherencia de Guías de Práctica Clínica aprobadas con Resolución Directoral en las UPSS de Hospitalización y Emergencia, con énfasis en cualquiera de las morbilidades planteadas: Infección por Coronavirus SARS COVID 2, Hipertensión Arterial, Asma, Diabetes Mellitus y Tuberculosis Multidrogoresistente.

**ACT. 17:** Medición de la adherencia de Guías de Procedimientos Asistenciales aprobadas con Resolución Directoral en las UPSS de Hospitalización y Emergencia.

**ACT. 18:** Consolidado trimestral de la medición de la adherencia de Guías de Práctica Clínica y Guías de Procedimientos Asistenciales.

**ACT. 19:** Seguimiento del cumplimiento de las recomendaciones post medición de la adherencia de Guías de Práctica Clínica y Guías de Procedimientos Asistenciales.

**ACT. 20:** Aplicación de la encuesta para evaluar la implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía (LVSC).

**ACT. 21:** Informe de la encuesta aplicada de la Implementación Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía (LVSC).

**ACT. 22:** Evaluación de la correcta aplicación en las cirugías programadas de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía (LVSC).

**ACT. 23:** Monitoreo de la Implementación y adherencia del proceso de higiene de lavado de manos.

**Objetivo Específico 2.5. Implementar el Proceso de Aprendizaje del Error (Rondas de Seguridad del Paciente-Identificación de los Verificadores Inseguros, Auditorías de la Calidad de Atención)**

**ACT. 24:** Actualización y aprobación con Resolución Directoral del Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente del HNHU.

**ACT. 25:** Cumplimiento de Buenas Prácticas de la Atención en Salud en el HNHU; informe de los resultados de las Rondas de Seguridad del Paciente ejecutadas.

**ACT. 26:** Consolidado trimestral de las Rondas de Seguridad del Paciente ejecutadas.

**ACT. 27:** Informe de seguimiento del cumplimiento de las acciones de mejora, post Rondas de Seguridad del Paciente ejecutadas.

**ACT. 28:** Reporte semestral del consolidado de las Rondas de Seguridad del Paciente ejecutadas y su respectivo cumplimiento de las acciones de mejora.

**ACT. 29:** Realizar auditoría de la calidad de registro de la historia clínica en las UPSS: Emergencia, Consulta Externa y Hospitalización.

**ACT. 30:** Consolidado trimestral de las auditorías de la calidad de registro de la historia clínica en Emergencia, Consulta externa y Hospitalización ejecutadas.

**ACT. 31:** Seguimiento del cumplimiento de las recomendaciones de la evaluación de las auditorías de la calidad de registro.

**ACT. 32:** Reporte semestral del consolidado de las auditorías de la calidad de registro de la historia clínica en Emergencia, Consulta Externa y Hospitalización ejecutadas y su respectivo cumplimiento de las acciones de mejora.

**ACT. 33:** Informe de la realización de las auditorías de caso a solicitud.

**ACT. 34:** Informe de la realización de las auditorías de caso de muerte materna y perinatal.

**ACT. 35:** Informe de la realización de la auditoria de la calidad de atención: programada.

**ACT. 36:** Consolidado trimestral de las auditorías de la calidad de atención (caso, muerte materna y perinatal, programada).

**ACT. 37:** Seguimiento del cumplimiento de las recomendaciones basado en las auditorías de caso.

**ACT. 38:** Seguimiento del cumplimiento de las recomendaciones basadas en las auditorías de muerte materna y perinatal.

**ACT. 39:** Seguimiento del cumplimiento de las recomendaciones basadas en auditoría de la calidad de atención: programada.



**ACT. 40:** Informe trimestral de seguimiento del cumplimiento de las recomendaciones de las auditorías de la calidad de atención (caso, muerte materna y perinatal, programada).

**ACT. 41:** Informe semestral de seguimiento del cumplimiento de las recomendaciones de las auditorías de la calidad de atención (caso, muerte materna y perinatal, programada).

#### **Objetivo Específico 2.6. Fortalecer el Proceso de Análisis de los Eventos Centinela**

**ACT. 42:** Análisis de Eventos Centinela que se presenten de acuerdo al Protocolo de Londres.

### **EJE N° 3: PROCESOS DE MEJORA CONTINUA E INFORMACIÓN PARA LA GESTIÓN DE LA CALIDAD**

#### **Objetivo Específico 3.1: Fortalecer competencias en Mejora Continua de la Calidad**

**ACT. 43:** Capacitación en Proyectos de Mejora Continua de la Calidad dirigido al personal de salud del HNHU.

**ACT. 44:** Actualización y conformación del Equipo de Mejora Continua del HNHU.

#### **Objetivo Específico 3.2: Información para la promoción de la Cultura de Mejora Continua de la Calidad**

**ACT. 45:** Elaboración y aprobación con Resolución Directoral del Plan de Evaluación de la Satisfacción del Usuario Externo.

**ACT. 46:** Informe técnico de la medición de la satisfacción del usuario externo en consulta externa, hospitalización y emergencia.

**ACT. 47:** Seguimiento del cumplimiento de recomendaciones post medición de la satisfacción del usuario externo en consulta externa, hospitalización y emergencia.

**ACT. 48:** Elaboración y aprobación con Resolución Directoral del Plan de Evaluación del Tiempo de Espera.

**ACT. 49:** Informe técnico de la medición del Tiempo de Espera en Consulta Externa.

**ACT. 50:** Seguimiento del cumplimiento de recomendaciones post medición del Tiempo de Espera en Consulta Externa.

**ACT. 51:** Monitoreo del informe del Libro de Reclamaciones y del Buzón de Sugerencias.

**Objetivo Específico 3.3: Optimizar y Mejorar Procesos Críticos (Desarrollo de Acciones o PMCC)**

**ACT. 52:** Implementación de acciones y/o Proyectos en relación a las líneas de acción del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud.

## **VII. RESPONSABILIDADES**

La Oficina de Gestión de la Calidad ejecutará y supervisará las actividades programadas según los criterios de programación para el 2021 del Ministerio de Salud (MINSA) y DIRIS Lima Este.

## **VIII. PRESUPUESTO**

Para el cumplimiento de los tres ejes de trabajo a desarrollar en el presente año, se ha realizado el siguiente presupuesto:



### Presupuesto Total

Objetivos específicos	MONTO
O.E. 1.1. Planificar el proceso de Autoevaluación para la Acreditación Hospitalaria.	S/. 1,200.00
O.E. 1.2. Desarrollar el Proceso de Autoevaluación para la Acreditación Hospitalaria.	S/. 444.00
O.E. 2.1. Fortalecer competencias en Buenas Prácticas de Atención y Gestión del Riesgo.	S/. 1,200.00
O.E. 2.2. Fortalecer el Sistema de Registro- Notificación - Análisis y Mejora del Incidente y Evento Adverso.	S/. 1,200.00
O.E. 2.3. Promover una cultura basada en el aprendizaje del Error - Cultura de Seguridad.	S/. 100.00
O.E. 2.4. Promover Buenas Prácticas de Atención por la Seguridad del Paciente (Objetivos Internacionales en Seguridad del Paciente).	S/. 1,200.00
O.E. 2.5. Implementar el Proceso de Aprendizaje del Error (Rondas de Seguridad del Paciente-Identificación de los Verificadores Inseguros, Auditorías de la Calidad de Atención).	S/. 1,200.00
O.E. 2.6. Fortalecer el Proceso de Análisis de los Eventos Centinela.	S/. 100.00
O.E. 3.1. Fortalecer competencias en Mejora Continua de la Calidad.	S/. 1,000.00
O.E. 3.2. Información para la promoción de la Cultura de Mejora Continua de la Calidad.	S/. 298.00
O.E. 3.3. Optimizar y Mejorar Procesos Críticos (Desarrollo de Acciones o PMCC).	S/. 80.00
<b>TOTAL</b>	<b>S/. 8,022.00</b>



PERU

Ministerio de Salud

Hospital Nacional Hipólito Unzué

Oficina de Gestión de la Calidad

## EJE 1: GESTIÓN DE PROCESOS PARA LA AUTOEVALUACIÓN/ACREDITACIÓN

Producto	Actividad	Tareas	Unidad de Medida	Meta Física Anual	CADENA PROGRAMÁTICA PRESUPUESTAL				PRESUPUESTO PLAN					
					Categoría Presupuestal	F.F	Finalidad	Meta Pres	Clasificador	Nombre Ítem	Unidad Medida	Cantidad	Precio Unitario	Total
Gestión de la calidad en todos los niveles de atención.	Gestión de Procesos para la Autoevaluación/Acreditación	Plan Anual de Gestión de la Calidad de la Atención en Salud del Hospital Nacional Hipólito Unzué	Informes		9001. ACCIONES CENTRALES	RO	0000009. ACCIONES ADMINISTRATIVAS	0115	2.3.1 5. 1 2 Papelería en General, Útiles y Materiales de Oficina	Plumones	unidad	30	S/. 2.00	S/. 60.00
										Plástico carnet	unidad	70	S/. 1.50	S/. 105.00
										Papel Bond	Millar	100	S/. 15.00	S/. 100.00
										Lapiceros	unidad	200	S/. 0.50	S/. 100.00
										Folder manila	unidad	200	S/. 0.50	S/. 100.00
										Cinta foto checks	unidad	70	S/. 1.00	S/. 70.00
										Papelotes	unidad	30	S/. 0.30	S/. 9.00
										Fotocopiado	unidad	1400	S/. 0.10	S/. 140.00
										Anillado	unidad	30	S/.30.00	S/. 900.00
										Certificados	unidad	30	S/. 2.00	S/. 60.00
<b>TOTAL</b>													S/. 1,644.00	



S. VARGAS



PERU

Ministerio de Salud

Hospital Nacional Hipólito Unzué

Oficina de Gestión de Calidad

## EJE 2: GESTIÓN DEL RIESGO Y LAS BUENAS PRÁCTICAS EN SEGURIDAD DEL PACIENTE

Producto	Actividad	Tareas	Unidad de Medida	Meta Física Anual	CADENA PROGRAMÁTICA PRESUPUESTAL			PRESUPUESTO PLAN													
					Categoría Presupuestal	F.F	Finalidad	Meta Pres	Clasificador	Nombre ítem	Unidad Medida	Cantidad	Precio Unitario	Total							
Gestión de la calidad en todos los niveles de atención.	Supervisión, Control y Seguridad en la Atención del Paciente	Plan Anual de Gestión de la Calidad del Hospital Nacional Hipólito Unzué	Informes	4	9001. ACCIONES CENTRALES	RO	0000009. ACCIONES ADMINISTRATIVAS	0115	2.3.1 5. 1 2 Papelería En General, Útiles Y Materiales De Oficina	Cartulina dúplex	unidad	250	S/. 1.00	S/. 250.00							
										Plumones	unidad	250	S/. 2.00	S/. 500.00							
										Plástico carnet	unidad	150	S/. 1.50	S/. 225.00							
										Hojas bond	millar	100	S/. 15.00	S/. 1,500.00							
										Lapiceros	unidad	150	S/. 0.50	S/. 75.00							
										Folder manila	unidad	1,500	S/. 0.50	S/. 750.00							
										Cinta foto checks	unidad	150	S/. 1.00	S/. 150.00							
										Barra goma UHU	unidad	100	S/. 2.50	S/. 250.00							
										Cinta masking tape	unidad	100	S/. 2.00	S/. 200.00							
										Limpiatipos	unidad	75	S/. 2.00	S/. 150.00							
										Papelotes	unidad	250	S/. 0.30	S/. 75.00							
										Juego de hojas arco iris	unidad	50	S/. 17.50	S/. 875.00							
										<b>TOTAL</b>									<b>TOTAL</b>		S/. 5,000.00

EJE 3: PROCESOS DE MEJORA CONTINUA E INFORMACIÓN PARA LA GESTIÓN DE LA CALIDAD

PRODUCTO	ACTIVIDAD	TAREAS	Unidad de Medida	Meta Física Anual	CADENA PROGRAMÁTICA PRESUPUESTAL			PRESUPUESTO PLAN					
					Categoría Presupuestal	F.F	Finalidad	Meta Pres	Clasificador	Nombre Ítem	Unidad Medida	Cantidad	Precio Unitario
Gestión de la calidad en todos los niveles de atención.	Cultura de la Calidad y Mejora Continua	Plan Anual de Gestión de la Calidad de la Atención en Salud del Hospital Nacional Hipólito Unanue	Informes		9001. ACCIONES CENTRALES	RO	0000009. ACCIONES ADMINISTRATIVAS	2.3.1 5. 1 2 Papelería en General, Útiles Y Materiales de Oficina	Plumones	unidad	15	S/. 2.00	S/. 30.00
									Hojas bond	millar	80	S/. 15.00	S/. 1200.00
									Lapiceros	unidad	30	S/. 0.50	S/. 15.00
									Folder manila	unidad	60	S/. 0.50	S/. 30.00
									Plástico carnet	unidad	30	S/. 1.50	S/. 45.00
									Cinta foto checks	unidad	30	S/. 1.00	S/. 30.00
									Cinta masking tape	unidad	2	S/. 2.00	S/. 4.00
									Papelotes	unidad	30	S/. 0.30	S/. 9.00
									Fotocopiado	unidad	150	S/. 0.10	S/. 15.00
									<b>TOTAL</b>				

## IX. ANEXO

### ANEXO N° 01: Matriz de programación y seguimiento del Plan Anual de Gestión de la Calidad de la Atención en Salud del Hospital Nacional Hipólito Unanue

#### EJE 1: GESTIÓN DE PROCESOS PARA LA AUTOEVALUACIÓN/ACREDITACIÓN

Objetivos específicos	Actividades	Unidad de Medida	Periodicidad del Reporte	I T			II T			III T			IV T			
				E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	
1.1. Planificar el proceso de Autoevaluación para la Acreditación Hospitalaria.	ACT. 1: Elaboración y aprobación con Resolución Directoral del Plan de Autoevaluación	Resolución Directoral	Anual		x											
	ACT. 2: Actualización y conformación del equipo de evaluadores internos para la autoevaluación	Resolución Directoral	Anual			x										
	ACT. 3: Actualización y conformación del Equipo de Acreditación del HNHU	Resolución Directoral	Anual			x										
	ACT. 4: Capacitación dirigida al equipo de Evaluadores Internos y al Equipo de Acreditación en Norma Técnica de Acreditación	Informe	Anual				x									
1.2. Desarrollar el Proceso de Autoevaluación para la Acreditación Hospitalaria.	ACT. 5: Comunicación oficial del inicio de Autoevaluación	Memorando	Anual									x				
	ACT. 6: Informe técnico de Autoevaluación para la Acreditación del Hospital Nacional Hipólito Unanue	Informe	Anual									x				
	ACT. 7: Seguimiento del cumplimiento de recomendaciones en base a los resultados del proceso de Autoevaluación	Informe	Anual												x	

## EJE 2: GESTIÓN DEL RIESGO Y LAS BUENAS PRÁCTICAS EN SEGURIDAD DEL PACIENTE

Objetivos específicos	Actividades	Unidad de Medida	Periodicidad del Reporte	I T			II T			III T			IV T			
				E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	
2.1. Fortalecer competencias en Buenas Prácticas de Atención y Gestión del Riesgo	ACT. 8: Elaboración y aprobación con Resolución Directoral del Plan de Seguridad del Paciente	Resolución Directoral	Anual		x											
	ACT. 9: Capacitación dirigido a los integrantes del Comité de Seguridad del Paciente y a las Jefaturas asistenciales, en Gestión del Riesgo, Notificación Eventos Adversos y Análisis de Eventos Centinela.	Informe	Anual						x							
	ACT. 10: Elaboración y aprobación del Plan de Auditoría	Resolución Directoral	Anual		x											
	ACT. 11: Actualización de la Resolución Directoral N° 176-2020-HNHU-DG del Comité de Auditoría médica y Comité de Auditoría en salud del Hospital Nacional Hipólito Unanue; según la Resolución Ministerial N° 502-2016/MINSA.	Resolución Directoral	Anual	x												
	ACT. 12: Capacitación dirigida al personal asistencial sobre auditoría de la calidad de la atención	Informe	Anual			x										
2.2. Fortalecer el Sistema de Registro-Notificación - Análisis y Mejora del Incidente y Evento Adverso	ACT. 13: Elaboración y aprobación con Resolución Directoral del Plan Anual de Guías de Práctica Clínica y Guías de Procedimientos Asistenciales del Hospital Nacional Hipólito Unanue	Resolución Directoral	Anual		x											
	ACT. 14: Consolidado de registro, notificación y análisis de eventos adversos.	Informe	Trimestral			x			x			x				x
	ACT. 53: Curso Taller: Metodología para la elaboración de Guías de Práctica Clínica y Guía de Procedimientos Asistenciales basadas en evidencia.	Informe	Anual						x							
2.3. Promover una Cultura basada en el aprendizaje del error-Cultura de Seguridad	ACT. 15: Informe de las Guías de Práctica Clínica aprobadas con Resolución Directoral de los diferentes departamentos y servicios asistenciales del Hospital Nacional Hipólito Unanue.	Informe	Anual													x



2.4. Promover Buenas Prácticas de Atención por la Seguridad del Paciente (Objetivos Internacionales en Seguridad del Paciente)	ACT. 16: Medición de la adherencia de Guías de Práctica Clínica aprobadas con Resolución Directoral en las UPSS de Hospitalización y Emergencia, con énfasis en cualquiera de las morbilidades planteadas: Infección por Coronavirus SARS COVID 2, Hipertensión Arterial, Asma, Diabetes Mellitus y Tuberculosis Multidrogoresistente.	Informe	Mensual	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	ACT. 17: Medición de la adherencia de Guías de Procedimientos Asistenciales aprobadas con Resolución Directoral en las UPSS de Hospitalización y Emergencia	Informe	Mensual	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	ACT. 18: Consolidado trimestral de la Medición de la adherencia de Guías de Práctica Clínica y Guías de Procedimientos Asistenciales.	Informe	Trimestral			X			X			X				X
	ACT. 19: Seguimiento del cumplimiento de las recomendaciones post medición de la adherencia de Guías de Práctica Clínica y Guías de Procedimientos Asistenciales.	Informe	Trimestral			X			X			X				X
	ACT. 20: Aplicación de la encuesta para evaluar la implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía (LVSC).	Encuesta	Semestral						X							X
	ACT. 21: Informe de la encuesta aplicada de la Implementación Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía (LVSC).	Informe	Semestral						X							X
	ACT. 22: Evaluación de la correcta aplicación en las cirugías programadas de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía (LVSC).	Informe	Trimestral			X			X			X				X
	ACT. 23: Monitoreo de la Implementación y adherencia del proceso de higiene de lavado de manos.	Informe	Trimestral			X			X			X				X

Objetivos específicos	Actividades	Unidad de Medida	Periodicidad del Reporte	I T			II T			III T			IV T				
				E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D		
2.5. Implementar el Proceso de Aprendizaje del Error (Rondas de Seguridad, Identificación de los verificadores inseguros, Auditorías de la calidad de atención)	ACT. 24: Actualización y aprobación con Resolución Directoral del Equipo Rondas de Seguridad del Paciente del HHNU.	Resolución Directoral	Anual					X									
	ACT. 25: Cumplimiento de Buenas Prácticas de la Atención en Salud en el HHNU; informe de los resultados de las Rondas de Seguridad del Paciente ejecutadas.	Informe	Mensual	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
	ACT. 26: Consolidado trimestral de las Rondas de Seguridad del Paciente ejecutadas.	Informe	Trimestral			X		X			X					X	
	ACT. 27: Informe de seguimiento del cumplimiento de las acciones de mejora, post Rondas de Seguridad del Paciente ejecutadas.	Informe	Trimestral			X		X			X					X	
	ACT. 28: Reporte semestral del consolidado de las Rondas de Seguridad del Paciente ejecutadas y su respectivo cumplimiento de las acciones de mejora.	Informe	Semestral					X								X	
	ACT. 29: Realizar auditoría de la calidad de registro de la historia clínica en las UPSS: Emergencia, Consulta Externa y Hospitalización.	Informe	Mensual	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
	ACT. 30: Consolidado trimestral de las auditorías de la calidad de registro de la historia clínica en Emergencia, Consulta externa y Hospitalización ejecutadas.	Informe	Trimestral			X		X			X					X	
	ACT. 31: Seguimiento del cumplimiento de las recomendaciones de la evaluación de las auditorías de la calidad de registro.	Informe	Trimestral	X			X			X			X				
	ACT. 32: Reporte semestral del consolidado de las auditorías de la calidad de registro de la historia clínica en Emergencia, Consulta Externa y Hospitalización ejecutadas y su respectivo cumplimiento de las acciones de mejora	Informe	Semestral						X								X
	ACT. 33: Informe de la realización de auditorías de caso a solicitud.	Informe	Trimestral			X			X			X					X
	ACT. 34: Informe de la realización de las auditorías de caso de muerte materna y perinatal.	Informe	Trimestral			X			X			X					X
ACT. 35: Informe de la realización de auditoría de la calidad de atención: programada.	Informe	Trimestral			X			X			X					X	



	ACT. 36: Consolidado trimestral de las auditorías de la calidad de atención (caso, muerte materna y perinatal, programada).	Informe	Trimestral			X			X			X			X
	ACT. 37: Seguimiento del cumplimiento de las recomendaciones basado en las auditorías de caso.	Informe	Trimestral			X			X			X			X
	ACT. 38: Seguimiento del cumplimiento de las recomendaciones basadas en las auditorías de muerte materna y perinatal.	Informe	Trimestral			X			X			X			X
	ACT. 39: Seguimiento del cumplimiento de las recomendaciones basadas en auditoría de la calidad de atención: programada.	Informe	Trimestral			X			X			X			X
	ACT. 40: Informe trimestral de seguimiento del cumplimiento de las recomendaciones de las auditorías de la calidad de atención (caso, muerte materna y perinatal, programada).	Informe	Trimestral			X			X			X			X
	ACT. 41: Informe semestral de seguimiento del cumplimiento de las recomendaciones de las auditorías de la calidad de atención (caso, muerte materna y perinatal, programada)	Informe	Semestral						X						X
2.6. Fortalecer el Proceso de Análisis de los Eventos Centinela	ACT. 42: Análisis de Eventos Centinela que se presenten de acuerdo al Protocolo de Londres.	Informe	Semestral						X						X

EJE 3: PROCESOS DE MEJORA CONTINUA E INFORMACIÓN PARA LA GESTIÓN DE LA CALIDAD

Objetivos específicos	Actividades	Unidad de Medida	Periodicidad del Reporte	I T			II T			III T			IV T			
				E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	
3.1. Fortalecer competencias en Mejora Continua de la Calidad	ACT. 43: Capacitación en Proyectos de Mejora Continua de la Calidad dirigido al personal de salud del HNHU.	Informe	Anual			x										
	ACT. 44: Actualización y conformación del Equipo de Mejora Continua del HNHU.	Resolución Directoral	Anual							x						
3.2. Información para la promoción de la Cultura de Mejora Continua de la Calidad	ACT. 45: Elaboración y aprobación con Resolución Directoral del Plan de Evaluación de la Satisfacción del Usuario Externo.	Resolución Directoral	Anual		x											
	ACT. 46: Informe técnico de la medición de la satisfacción del usuario externo en consulta externa, hospitalización y emergencia.	Informe	Anual										x			
	ACT. 47: Seguimiento del cumplimiento de recomendaciones post medición de la satisfacción del usuario externo en consulta externa, hospitalización y emergencia.	Informe	Anual												x	
	ACT. 48: Elaboración y aprobación con Resolución Directoral del Plan de Evaluación de Tiempo de Espera	Resolución Directoral	Anual		x											
	ACT. 49: Informe técnico de la medición del Tiempo de Espera en Consulta Externa	Informe	Anual						x							
	ACT. 50: Seguimiento del cumplimiento de recomendaciones post medición del Tiempo de Espera en Consulta Externa	Informe	Anual								x					
	ACT. 51: Monitoreo del informe del Libro de Reclamaciones y del Buzón de Sugerencias	Informe	Trimestral			x				x		x				x
	ACT. 52: Implementación de acciones y/o Proyectos en relación a las líneas de acción del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud	Informe	Semestral							x						x