

REPÚBLICA DEL PERÚ



# Resolución Directoral

Lima 24 de febrero de 2022

Visto el Expediente N° 22-001474-001, que contiene la Nota Informativa N° 016-2022-OGC/HNHU emitido por la Jefa (e) de la Oficina de Gestión de la Calidad, mediante el cual solicita la aprobación del proyecto de Plan Anual de Gestión de la Calidad de la Atención en Salud 2022 del Hospital Nacional Hipólito Unanue;

## 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 Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, de fecha 30 de mayo del 2006, se aprueba el Documento Técnico: Sistema de Gestión de la Calidad, que establece los principios, normas, metodologías y procesos para la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud; siendo los procesos de mejoramiento continuo de la calidad, parte importante de sus componentes, cuya metodología implica el desarrollo de un proceso permanente de acciones, programas y proyectos de mejora continua, a partir de la aplicación de los instrumentos de garantía de la calidad, a fin de cerrar las brechas existentes, desarrollar niveles de mayor competitividad y encaminarse a constituir una organización de excelencia;

Que, mediante Memorando N° 052-2022-OGC/HNHU, la Jefa (e) de la Oficina de Gestión de la Calidad, solicita la aprobación del Plan Anual de Gestión de la Calidad de la Atención en Salud 2022 y adjunta el Informe 003-2022-CGMM/HNHU en la cual informa que el proyecto de plan ha sido elaborado en cumplimiento de los lineamientos normativos del MINSA;



Que, mediante Memorando N° 125-2022-OPE/HNHU la Directora Ejecutiva de la Oficina de Planeamiento Estratégico informa que mediante Nota Informativa N° 007-2022-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 plan están articuladas a la Cadena Programática: Producto 3999999 y de la Actividad Operativa 5000003, Gestión Administrativa, programados en el POI 2022 por la Oficina de Gestión de la Calidad vinculado a la finalidad presupuestal: 00000009, Acciones Administrativas, asimismo precisa que el financiamiento del presente plan dependerá de la disponibilidad presupuestal de nuestra Unidad Ejecutora;

Que, el proyecto de Plan Anual de Gestión de la Calidad de la Atención en Salud 2022 propuesto, tiene como objetivo general implementar el Sistema de Gestión de la calidad en el Hospital mediante la planificación de actividades que garanticen el mejoramiento de la atención;

Estando a lo informado por la Oficina de Asesoría Jurídica en su Informe N° 044-2022-OAJ/HNHU;

Con el visto bueno de la Oficina de Gestión de la Calidad, de la Oficina de Asesoría Jurídica y 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 2022 del Hospital Nacional Hipólito Unanue, 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 2022, 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 Unanue

Dr. José Alejandro TORRES ZUMAETA  
Director General  
D.N.P. N° 12633

JATZ/TLCS/Marlene 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 2022



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

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

**M.C. JOSE ALEJANDRO TORRES ZUMAETA**

Director General  
Director Adjunto (e)

**ING. CARLOS ALBERTO HURTADO CHANCOLLA**

Director Ejecutivo de la Oficina de Planeamiento Estratégico  
Director Ejecutivo de la Oficina de Administración (e)

---

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

**M.C. SILVIA PAOLA VARGAS CHUGO**

Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad

**M.C. KATTERIN GUZMAN MANCILLA**

**M.C. GISELA PAOLA ESCALANTE ROSADIO**

Unidad de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud  
Guías de Práctica Clínica y Guías de Procedimientos Asistenciales

**M.C. JUAN CARLOS PAITAN CAJACURI**

Unidad de Seguridad del Paciente

**BACH. GIANCARLO SANDOVAL PACHERRES**

Unidad de Mejora Continua

**TEC. VIVIANA FLORES YUPANQUI**

Asistente Administrativo

**SRTA. ALEJANDRA MENESES CALLE**

Secretaria





## ÍNDICE

I. Introducción.....	4
II. Finalidad.....	5
III. Objetivos.....	5
3.1. Objetivo general.....	5
3.2. Objetivos específicos.....	5
IV. Base Legal.....	5-7
V. Ámbito de aplicación.....	7
VI. Contenido.....	7
6.1. Aspectos técnicos conceptuales.....	7-11
6.2. Actividades del SGC.....	11-15
VII. Responsabilidades .....	15
VIII. Presupuesto.....	15-18
IX. Anexos.....	19
Anexo N° 01: Matriz de programación y seguimiento.....	19-25



## I. INTRODUCCIÓN

El Hospital Nacional Hipólito Unanue es un establecimiento de nivel III-1 debido a su complejidad en los servicios médico-quirúrgicos, a la capacidad de respuesta en hospitalización y sobre todo por ser referencia a nivel nacional. Su misión es la prevención de riesgos, protección del daño, recuperación de la salud y rehabilitación de las capacidades de los pacientes en condiciones de plena accesibilidad y de atención a la persona desde su concepción hasta su muerte natural.

Desde el Ministerio de Salud se brindó el documento técnico Sistema de Gestión de la Calidad en Salud (SGC) el cual brinda los conceptos, los objetivos, los principios y las políticas para el desarrollo de acciones de mejoramiento de la calidad de la atención de salud. Y es la Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital Nacional Hipólito Unanue la que tiene como función principal implementar el SGC a fin de promover la mejora continua de la atención asistencial y administrativa al paciente, con la participación activa del personal (ROF, 2012).

En ese sentido, se pone a consideración el presente Plan de Gestión de la Calidad 2022 y los ejes estratégicos como son: Gestión de Procesos para la Acreditación/Certificación, Gestión del Riesgo y las Buenas Prácticas en Seguridad del Paciente; Información y Mejora Continua de la Calidad de Atención; a fin de continuar con la evaluación y mejoramiento de la calidad de la atención.





## II. FINALIDAD

El presente plan pretende establecer los objetivos y las actividades orientadas al mejoramiento de la calidad de la atención del Hospital Nacional Hipólito Unanue para el periodo 2022.

## III. OBJETIVOS

### 3.1. Objetivo general:

- Implementar el Sistema de Gestión de la Calidad en el hospital mediante la planificación de actividades que garanticen el mejoramiento de la atención.

### 3.2. Objetivos específicos:

- O.E. 1.1. Desarrollar el proceso de Autoevaluación para la Acreditación/Certificación.
- O.E. 2.1. Fortalecer competencias en Buenas Prácticas de Atención y Gestión del Riesgo.
- Objetivo Específico 2.2. Fortalecer el Sistema de Registro - Notificación - Análisis y Mejora del Incidente, Evento Adverso y Evento Centinela.
- 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.
- O.E. 2.5. Implementar el Proceso de Aprendizaje del Error (Rondas de Seguridad; Identificación-Registro-Notificación-Análisis y Mejora del Incidente, Evento Adverso y Evento Centinela; Auditoría de la Calidad de Atención, Auditoría de Registro).
- O.E. 3.1. Fortalecer competencias en Mejora Continua de la Calidad.
- O.E. 3.2. Información para la Mejora Continua de la Calidad de Atención.
- O.E. 3.3. Optimizar y Mejorar Procesos Críticos (Desarrollo de Acciones y/o Proyectos de Mejora de la Calidad de Atención).

## IV. BASE LEGAL

- Ley N° 26842, Ley General de Salud y sus modificatorias.
- Ley N° 29414, Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud.
- Decreto Supremo N° 027-2015-SA, que aprobó el Reglamento de la Ley N° 29414, Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud.
- Decreto Supremo N° 013-2006-SA, que aprobó el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- Resolución Ministerial N° 099-2012/MINSA, que aprobó el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional Hipólito Unanue.
- Resolución Ministerial N° 826-2021/MINSA, que aprobó las "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud".
- Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, que aprobó el documento técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud".
- Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, que aprobó el documento técnico "Política Nacional de Calidad en Salud".



- Resolución Ministerial 214-2018/MINSA, que aprobó 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 aprobó la NTS N° 029-MINSA/DIGEPRES-V.02: "Norma Técnica de Salud de Auditoria de la Calidad de Atención en Salud".
- Resolución Ministerial 827-2013/MINSA, que aprobó la NTS N° 105-MINSA/DGSP-V.01: "Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Materna".
- Resolución Ministerial N° 302-2015/MINSA, que aprobó 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 aprobó el documento técnico "Metodología para la Elaboración de Guías de Práctica Clínica".
- Resolución Directoral N° 150-2021-HNHU-DG, que aprobó la Directiva Sanitaria N° 041-HNHU/2021/DG "Directiva Sanitaria para la Elaboración de Protocolos Basados en Evidencia del Hospital Nacional Hipólito Unanue".
- Resolución Directoral N° 158-2021-HNHU-DG, que aprobó la Directiva Sanitaria N° 042-HNHU/2021/DG "Directiva Sanitaria para la Elaboración de Guías de Procedimientos Asistenciales en el Hospital Nacional Hipólito Unanue V.2".
- Resolución Ministerial N° 163-2020/MINSA, que aprobó 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 aprobó 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, que aprobó 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 aprobó la "Guía Técnica de Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía".
- Resolución Ministerial N° 308-2010/MINSA, que aprobó la "Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía".
- Resolución Ministerial N° 523-2007/MINSA, que aprobó la "Guía Técnica para la Evaluación Interna de la Vigilancia, Prevención y Control de las Infecciones Intrahospitalarias".
- Resolución Ministerial N° 753-2004/MINSA, que aprobó la Norma Técnica N° 020-MINSA/DGSP-V.01 Norma Técnica de Prevención y Control de Infecciones Intrahospitalaria.
- Resolución Ministerial N° 168-2015/MINSA, que aprobó el Documento Técnico Lineamientos para la vigilancia, prevención y control de las Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud.
- Resolución Ministerial N° 523-2020/MINSA, que aprobó la NTS N° 163-MINSA/2020/CDC, Norma Técnica de Salud para la Vigilancia de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud.
- Resolución Ministerial N° 255-2016/MINSA, que aprobó la "Guía Técnica para la Implementación del Proceso de Higiene de Manos en los Establecimientos de Salud".
- Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, que aprueba la Norma Técnica N° 050-MINSA/DGSP.V.02: "Norma Técnica de Salud para la acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".
- Resolución Ministerial N° 270-2009/MINSA, que aprueba la "Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".





- Resolución Ministerial N° 527-2011/MINSA, que aprobó 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 aprobó 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 aprobó 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".
- Decreto Supremo N° 002-2019-SA, que aprobó 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 o mixtas.
- Resolución Ministerial 007-2019/MINSA, que aprobó la Directiva Administrativa N° 258/MINSA/2018-OGD-SG "Directiva Administrativa para la Atención del Libro de Reclamaciones, Quejas por Defecto de Tramitación y Sugerencias ante el Ministerio de Salud"

## V. ÁMBITO DE APLICACIÓN

El presente plan es de aplicación en todos los órganos y/o unidades orgánicas del Hospital Nacional Hipólito Unanue.

## VI. CONTENIDO

Para cumplimiento, ejecución y reporte de las actividades operativas, la Oficina de Gestión de la Calidad se organiza de la siguiente forma:

Unidad de Auditoría de la Calidad; área que desarrolla los procesos de auditoría de la calidad de registro de la historia clínica, auditoría de la calidad de atención en salud, evaluación y asesoría de guías de práctica clínica y guías de procedimientos asistenciales, así como la evaluación de adherencia a guías de práctica clínica y guías de procedimientos.

Unidad de Seguridad del Paciente, área que ejecuta las rondas de seguridad del paciente, monitoreo y análisis de incidentes, eventos adversos y eventos centinela, monitoreo del cumplimiento de las listas de verificación de seguridad en la cirugía, y auditoría de registro de las listas de verificación de seguridad en la cirugía.

Unidad de Información y de Mejora Continua; área que desarrolla los procesos de Medición de la Satisfacción del Usuario Externo y Autoevaluación, así como asesoría para aplicación de técnicas y herramientas de calidad que permitan elaborar proyectos de mejora a partir de la identificación y análisis de problemas u oportunidades de mejora.

### 6.1. Aspectos técnicos conceptuales

**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.

**Lavado de manos:** Consiste en la remoción mecánica de suciedad y eliminación de microorganismos transitorios de la piel. Es el lavado de manos de rutina que se realiza con agua y jabón común y tiene una duración no menor de 20 segundos. Remueve en un 80% la flora microbiana.

**Infecciones Asociadas a la Atención de Salud (IAAS):** Es aquella condición local o sistémica resultante de una reacción adversa a la presencia de un agente infeccioso o a su toxina (s) que ocurre en un paciente en un escenario de atención de salud (hospitalización o atención ambulatoria) y que no estaba presente el momento de la admisión, a menos que la infección esté relacionada a una admisión previa. Asimismo, incluyen las infecciones ocupacionales contraídas por el personal sanitario.

**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 o 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.

**Auditoría 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 Auditoría:** 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.

## 6.2. Actividades del SGC

### EJE N° 1: GESTION DE PROCESOS PARA LA ACREDITACIÓN/CERTIFICACIÓN

#### Objetivo Específico 1.1. Desarrollar el proceso de Autoevaluación para la Acreditación/Certificación

ACT. 1: Actualización del Equipo de Evaluadores Internos y Equipo de Acreditación para la Autoevaluación.

ACT. 2: Elaboración y aprobación con Resolución Directoral del Plan de Autoevaluación.

ACT. 3: Capacitación a Equipo de Evaluadores Internos y Equipo de Acreditación en Norma Técnica de Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.

ACT. 4: Comunicación oficial de inicio de la Autoevaluación institucional a DIRIS LE.

ACT. 5: Aplicación del Listado de Estándares de Acreditación para Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, categoría III-1.

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 Informe técnico 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: Elaboración y aprobación con Resolución Directoral del Plan de Auditoría de la Calidad en Salud.

ACT. 10: Actualización de la Resolución Directoral N° 009-2021-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. 11: Curso Taller: Capacitación dirigida al personal asistencial sobre auditoria de la calidad de la atención.

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

ACT. 12: Informe con el consolidado de registro y notificación de incidentes/eventos adversos, donde se detalla la metodología, causa raíz del análisis de los incidentes/eventos adversos presentados. Así mismo sobre la intervención de todo el personal involucrado, con la finalidad de que se tenga conocimientos sobre el manejo de estas situaciones, antes, durante y después con el fin de poner estas herramientas en práctica.

ACT. 13: Elaboración del Plan Anual de Guías de Práctica Clínica y Guías de Procedimientos Asistenciales del Hospital Nacional Hipólito Unanue 2022.

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

ACT. 14: Informe de las Guías de Práctica Clínica aprobadas con Resolución Directoral de los diferentes departamentos y servicios asistenciales del HNHU.

**Objetivo Específico 2.4. Promover Buenas Prácticas de Atención por la Seguridad del Paciente**

ACT. 15: 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: TBC Sensible, Control Prenatal, Hipertensión Arterial, Depresión, COVID 19, Asma, Diabetes Mellitus.

ACT. 16: Medición de la Adherencia de Guías de Procedimientos Asistenciales aprobadas con Resolución Directoral en las UPSS de Hospitalización y Emergencia.

ACT. 17: Consolidado trimestral de la Medición de la adherencia de Guías de Práctica Clínica y Guías de Procedimientos Asistenciales.

ACT. 18: Seguimiento del cumplimiento de las recomendaciones post medición de la adherencia de Guías de Práctica Clínica y Guías de Procedimientos Asistenciales.

ACT. 19: Actualización de la Resolución Directoral del Equipo Conductor e Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía del HNHU.

ACT. 20: Actualización mediante documento formal del Equipo Conductor por Turnos Quirúrgicos de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía del HNHU.

ACT. 21: Aplicación semestral de la Encuesta para evaluar la Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.

ACT. 22: Informe semestral de la Encuesta aplicada de la implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad del Cirugía, según lo señalado en la RM N° 1021-2010/MINSA que aprueba la Guía Técnica de implementación de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía.

ACT. 23: Informe trimestral de la evaluación de la aplicación correcta de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía, para su respectivo análisis, (observación directa de la aplicación de la LVSC en las cirugías programadas y electivas).



ACT. 24: Informe del 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; Identificación-Registro-Notificación-Análisis y Mejora del Incidente, Evento Adverso y Evento Centinela; Auditoría de la Calidad de Atención, Auditoría de Registro)**

ACT. 25: Actualización de la Resolución Directoral N° 037-2021-HNHU-DG del "Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente del Hospital Nacional Hipólito Unanue".

ACT. 26: El equipo de rondas de seguridad del paciente del HNHU, realizan visitas programadas a un servicio y/o departamentos seleccionado al azar de la institución, para evaluar el cumplimiento de Buenas Prácticas durante la atención de salud, informe de los resultados de las Rondas de Seguridad del Paciente ejecutadas.

ACT. 27: Informe mensual de los resultados post ejecución de Rondas de Seguridad del Paciente en los servicios y/o departamentos del Hospital Nacional Hipólito Unanue.

ACT. 28: Informe del consolidado trimestral de las Rondas de Seguridad del Paciente ejecutadas.

ACT. 29: Informe trimestral de seguimiento del cumplimiento de las acciones de mejora, post Rondas de Seguridad del Paciente ejecutadas.

ACT. 30: Informe semestral del consolidado de las Rondas de Seguridad del Paciente ejecutadas y su respectivo cumplimiento de las acciones de mejora para ser derivado a la DIRIS LE.

ACT. 31: Informe de auditoría de la calidad de registro de la historia clínica, ejecutadas en las UPSS: Emergencia, Consulta Externa y Hospitalización.

ACT. 32: Informe del consolidado trimestral de las auditorías de la calidad de registro de las historias clínicas, ejecutadas en las UPSS: Emergencia, Consulta Externa y Hospitalización.

ACT. 33: Informe de seguimiento del cumplimiento de las recomendaciones de la evaluación de las auditorías de la Calidad de Registro de la historia clínica en Emergencia, Consulta Externa y Hospitalización ejecutadas.

ACT. 34: Informe semestral del consolidado de las auditorías de la Calidad de Registro de las Historias Clínicas ejecutadas en las UPSS: Emergencia, Consulta Externa y Hospitalización, y su respectivo cumplimiento de las acciones de mejora.

ACT. 35: Informe de la realización de las auditorías de caso a solicitud.

ACT. 36: Informe de la realización de las auditorías de caso de muerte materna.

ACT. 37: Informe de la realización de las auditorías de caso de muerte perinatal.

ACT. 38: Informe de la realización de las auditorías de caso programadas.

ACT. 39: Informe del consolidado trimestral de las auditorías de la calidad de atención (a solicitud, muerte materna, muerte perinatal y programada).



ACT. 40: Informe del consolidado semestral de las auditorías de la calidad de atención (a solicitud, muerte materna, muerte perinatal y programada) derivados para DIRIS LE.

ACT. 41: Informe del seguimiento del cumplimiento de las recomendaciones basado en las auditorías de caso a solicitud.

ACT. 42: Informe del seguimiento del cumplimiento de las recomendaciones basadas en las auditorías de muerte materna.

ACT. 43: Informe del seguimiento del cumplimiento de las recomendaciones basadas en las auditorías de muerte perinatal.

ACT. 44: Informe del seguimiento del cumplimiento de las recomendaciones basadas en las auditorías de caso programadas.

ACT. 45: Informe trimestral de seguimiento del cumplimiento de las recomendaciones de las auditorías de la calidad de atención (a solicitud, muerte materna, muerte perinatal y programada).

ACT. 46: Informe semestral del seguimiento de las auditorías de muerte materna y eventos centinela para ser derivado a DIRIS LE.

ACT. 47: Informe semestral de seguimiento del cumplimiento de las recomendaciones de las auditorías de la calidad de atención (a solicitud, muerte materna, muerte perinatal y programada).

ACT. 48: Informe anual del cumplimiento de las recomendaciones realizadas en los informes de auditoría programada y/o auditoría de caso para ser derivado a DIRIS LE.

ACT. 49: Reportar y gestionar el evento centinela de acuerdo al Protocolo de Londres, si se presentara.

### **EJE N° 3: INFORMACIÓN Y MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN**

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

ACT. 50: Actualización del Equipo de Mejora Continua de la Calidad de Atención del HNHU.

#### **Objetivo Específico 3.2: Información para la mejora continua de la calidad de atención**

ACT. 51: Elaboración y aprobación con Resolución Directoral del Plan de Evaluación de la Satisfacción del Usuario Externo.

ACT. 52: Medición de la satisfacción del usuario externo en las UPSS de consulta externa, hospitalización y emergencia.

ACT. 53: Informe de los resultados de la medición de la satisfacción del usuario externo en las UPSS de consulta externa, hospitalización y emergencia.

ACT. 54: Seguimiento del cumplimiento de recomendaciones post medición de la satisfacción del usuario externo en las UPSS de consulta externa, hospitalización y emergencia.





ACT. 55: Monitoreo de los informes del Libro de Reclamaciones y del Buzón de Sugerencias.

ACT. 56: Reuniones técnicas de coordinación, socialización y análisis de resultados del Sistema de Gestión de la Calidad del Hospital Nacional Hipólito Unanue.

ACT. 57: Evaluación de la ejecución del Plan Anual de Gestión de la Calidad de la Atención en Salud 2022 del Hospital Nacional Hipólito Unanue.

**Objetivo Específico 3.3: Optimizar y Mejorar Procesos Críticos (Desarrollo de Acciones y/o Proyectos de Mejora de la Calidad de Atención)**

ACT. 58: 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 2022 del Ministerio de Salud (MINSAL) y la DIRIS Lima Este.

**VIII. PRESUPUESTO**

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

**Presupuesto Total**

Objetivos específicos	MONTO
O.E. 1.1. Desarrollar el proceso de Autoevaluación/Certificación	S/. 1,644.00
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.	S/. 2,200.00
Objetivo Específico 2.5. Implementar el Proceso de Aprendizaje del Error (Rondas de Seguridad; Identificación-Registro-Notificación-Análisis y Mejora del Incidente, Evento Adverso y Evento Centinela; Auditoría de la Calidad de Atención, Auditoría de Registro)	S/. 1,200.00
O.E. 3.1. Fortalecer competencias en Mejora Continua de la Calidad.	S/. 1,000.00
O.E. 3.2. Información y Mejora Continua de la Calidad de Atención.	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>



EJE 1: GESTIÓN DE PROCESOS PARA LA ACREDITACIÓN/CERTIFICACIÓN

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 Acreditación/Certificación	Plan Anual de Gestión de la Calidad de la Atención en Salud	Informes		9001. ACCIONES CENTRALES	RO	0000009. ACCIONES ADMINISTRATIVAS	116	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	





PERU

Ministerio  
de SaludHospital Nacional  
Hipólito UnzuéOficina de Gestión de la  
Calidad

"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"

## 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
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 de la Atención en Salud	Informes	4	9001. ACCIONES CENTRALES	RO	0000009. ACCIONES ADMINISTRATIVAS	2.3.1 5. 1 2 Papelería En General, Útiles Y Materiales De Oficina	Cartulina dúplex	unidad	250	S/. 1.00	250.00
									Plumones	unidad	250	S/. 2.00	500.00
									Plástico carnet	unidad	150	S/. 1.50	225.00
									Hojas bond	millar	100	S/. 15.00	1,500.00
									Lapiceros	unidad	150	S/. 0.50	75.00
									Folder manila	unidad	1,500	S/. 0.50	750.00
									Cinta foto checks	unidad	150	S/. 1.00	150.00
									Barra goma UHU	unidad	100	S/. 2.50	250.00
									Cinta masking tape	unidad	100	S/. 2.00	200.00
									Limpiatipos	unidad	75	S/. 2.00	150.00
									Papelotes	unidad	250	S/. 0.30	75.00
Juego de hojas arco iris	unidad	50	S/. 17.50	875.00									
<b>TOTAL</b>											<b>S/. 5,000.00</b>		



EJE 3: INFORMACIÓN Y MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN

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.	Cultura de la Calidad y Mejora Continua	Plan Anual de Gestión de la Calidad de la Atención en Salud	Informes		9001. ACCIONES CENTRALES	RO	0000009. ACCIONES ADMINISTRATIVAS	116	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>												<b>S/. 1,378.00</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 2022

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

Objetivos específicos	Actividades	Unidad de Medida	Periodicidad del Reporte	I TRIM			II TRIM			III TRIM			IV TRIM			
				E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	
1.1. Desarrollar el proceso de Autoevaluación para la Acreditación /Certificación	ACT. 1: Actualización del Equipo de Evaluadores Internos y Equipo de Acreditación para la Autoevaluación.	Resolución Directoral	Anual		X											
	ACT. 2: Elaboración y aprobación con Resolución Directoral del Plan de Autoevaluación.	Resolución Directoral	Anual		X											
	ACT. 3: Capacitación a Equipo de Evaluadores Internos y Equipo de Acreditación en Norma Técnica de Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.	Informe	Anual							X						
	ACT. 4: Comunicación oficial de inicio de la Autoevaluación institucional a DIRIS LE.	Oficio	Anual								X					
	ACT. 5: Aplicación del Listado de Estándares de Acreditación para Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, categoría III-1.	Ficha de evaluación	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 Informe técnico 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 TRIM			II TRIM			III TRIM			IV TRIM		
				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: Elaboración y aprobación con Resolución Directoral del Plan de Auditoría de la Calidad en Salud.	Resolución Directoral	Anual		X										
	ACT. 10: Actualización de la Resolución Directoral N° 009-2021-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. 11: Curso Taller: 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. 12: Informe con el consolidado de registro y notificación de incidentes/eventos adversos, donde se detalla la metodología, causa raíz del análisis de los incidentes/eventos adversos presentados. Así mismo sobre la intervención de todo el personal involucrado, con la finalidad de que se tenga conocimientos sobre el manejo de estas situaciones, antes, durante y después con el fin de poner estas herramientas en práctica.	Informe	Trimestral			X		X			X				X
	ACT. 13: Elaboración del Plan Anual de Guías de Práctica Clínica y Guías de Procedimientos Asistenciales del Hospital Nacional Hipólito Unanue 2022.	Informe	Anual		X										
2.3. Promover una Cultura basada en el aprendizaje del error-Cultura de Seguridad	ACT. 14: Informe de las Guías de Práctica Clínica aprobadas con Resolución Directoral de los diferentes departamentos y servicios asistenciales del HHNU.	Informe	Anual												X





2.4. Promover Buenas Prácticas de Atención por la Seguridad del Paciente (Objetivos Internacionales en del Seguridad Paciente)	ACT. 15: 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: TBC Sensible, Control Prenatal, Hipertensión Arterial, Depresión, COVID 19, Asma, Diabetes Mellitus.	Informe	Mensual	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
	ACT. 16: 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. 17: 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. 18: 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. 19: Actualización de la Resolución Directoral del Equipo Conductor e Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía del HNHU.	Resolución Directoral	Anual			X											
	ACT. 20: Actualización mediante documento formal del Equipo Conductor por Turnos Quirúrgicos de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía del HNHU.	Resolución Directoral	Anual						X								
	ACT. 21: Aplicación de la Encuesta para evaluar la Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.	Encuesta	Semestral							X							X
	ACT. 22: Informe de la Encuesta aplicada de la implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad del Cirugía, según lo señalado en la RM N° 1021-2010/MINSA que aprueba la Guía Técnica de implementación de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía.	Informe	Semestral	X								X					
	ACT. 23: Informe de la evaluación de la aplicación correcta de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía, para su respectivo análisis, (observación directa de la aplicación de la LVSC en las cirugías programadas y electivas).	Informe	Trimestral				X			X			X				X
ACT. 24: Informe del 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 TRIM			II TRIM			III TRIM			IV TRIM				
				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. 25: Actualización de la Resolución Directoral N° 037-2021-HNHU-DG del "Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente del Hospital Nacional Hipólito Unanue".	Resolución Directoral	Anual			X											
	ACT. 26: El equipo de rondas de seguridad del paciente del HHU, realizan visita programada de un servicio seleccionado al azar de la institución, para evaluar el cumplimiento de Buenas Prácticas durante la atención de salud, 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	X
	ACT. 27: Informe mensual de los resultados post ejecución de Rondas de Seguridad del Paciente en los servicios y/o departamentos del Hospital Nacional Hipólito Unanue.	Informe	Mensual	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	ACT. 28: Consolidado trimestral de las Rondas de Seguridad del Paciente ejecutadas.	Informe	Trimestral			X		X		X						X	
	ACT. 29: Informe trimestral de seguimiento del cumplimiento de las acciones de mejora, post Rondas de Seguridad del Paciente ejecutadas.	Informe	Trimestral			X		X		X						X	
	ACT. 30: 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. 31: 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	X
	ACT. 32: 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			X	





	ACT. 44: Informe del seguimiento del cumplimiento de las recomendaciones basadas en las auditorías de caso programadas.	Informe	Trimestral			X			X			X			X
	ACT. 45: Informe trimestral de seguimiento del cumplimiento de las recomendaciones de las auditorías de la calidad de atención (a solicitud, muerte materna, muerte perinatal y programada).	Informe	Trimestral			X			X			X			X
	ACT. 46: Informe semestral del seguimiento de las auditorías de muerte materna y eventos centinela para ser derivado a DIRIS LE.	Informe	Semestral						X						X
	ACT. 47: Informe semestral de seguimiento del cumplimiento de las recomendaciones de las auditorías de la calidad de atención (a solicitud, muerte materna, muerte perinatal y programada).	Informe	Semestral						X						X
	ACT. 48: Informe anual del cumplimiento de las recomendaciones realizadas en los informes de auditoría programada y/o auditoría de caso para ser derivado a DIRIS LE.	Informe	Anual												X
2.6. Fortalecer el Proceso de Análisis de los Eventos Centinela	ACT. 49: Reportar y gestionar el evento centinela de acuerdo al Protocolo de Londres, si se presentara.	Informe	Semestral						X						X





## EJE 3: INFORMACIÓN Y MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN

Objetivos específicos	Actividades	Unidad de Medida	Periodicidad del Reporte	I TRIM			II TRIM			III TRIM			IV TRIM				
				E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D		
3.1. Fortalecer competencias en Mejora Continua de la Calidad	ACT. 50: Actualización del Equipo de Mejora Continua de la Calidad de Atención del HNHU.	Resolución Directoral	Anual			X											
3.2 Información y Mejora Continua de la Calidad de Atención.	ACT. 51: Elaboración y aprobación con Resolución Directoral del Plan de Evaluación de la Satisfacción del Usuario Externo.	Resolución Directoral	Anual		X												
	ACT. 52: Medición de la satisfacción del usuario externo en consulta externa, hospitalización y emergencia.	Encuesta MINSA	Anual								X						
	ACT. 53: Informe de los resultados de la medición de la satisfacción del usuario externo en consulta externa, hospitalización y emergencia.	Informe	Anual										X				
	ACT. 54: Seguimiento del cumplimiento de recomendaciones post medición de la satisfacción del usuario externo en consulta externa, hospitalización y emergencia.	Informe	Anual												X		
	ACT. 55: Monitoreo de los informes del Libro de Reclamaciones y del Buzón de Sugerencias	Informe	Trimestral			X			X			X					X
	ACT. 56: Reuniones técnicas de coordinación, socialización y análisis de resultados del Sistema de Gestión de la Calidad del Hospital Nacional Hipólito Unanue.	Copia del Libro de Actas	Trimestral			X			X			X					X
	ACT. 57: Evaluación de la ejecución del Plan de Gestión de la Calidad en Salud del Hospital Nacional Hipólito Unanue.	Informe	Trimestral			X			X			X					X
3.3. Optimizar y Mejorar Procesos Críticos (Desarrollo de Acciones o PMCC)	ACT. 58: 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	

