



RESOLUCIÓN DIRECTORAL

San Juan de Miraflores, 11 MAYO 2022

VISTO:

El Expediente N° 22-006325-001, que contiene la Nota Informativa N° 030-2022-OGC-HMA, del Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad, el Informe N°018-2022-OCG-HMA, el Informe Técnico N° 021-2022-OEPE-HMA emitido por el Director de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, y el Informe Legal N°018-2022-HMA-OAJ y el Proveído N°062-2022-HMA-OAJ emitido por el Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica; relacionados a la aprobación del: Documento Técnico: "PLAN ANUAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD Y DERECHOS DE LAS PERSONAS DEL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA 2022".

CONSIDERANDO:

Que, mediante Ley N° 26842, Ley General de Salud; establece que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo;

Que, mediante el Decreto Supremo N° 013-2006-SA, se aprobó el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo;

Que, mediante Ley N° 29414, Ley que establece los Derechos de las Persona Usuarias de los Servicios de Salud;

Que mediante el Decreto Supremo N° 027-2015-SA, se aprobó el Reglamento de la Ley N° 298414, Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 727-2009-MINSA, se aprueba el "Documento Técnico Política Nacional de Calidad en Salud";

Que, mediante Resolución Ministerial N° 302-2015/MINSA, aprueba la NTS N° 117-MINSA/DGSP-V.01, "Norma Técnica de Salud para la elaboración y uso de Guía de Práctica Clínica del Ministerio de Salud";

Que, mediante Resolución Ministerial N° 502-2016/MINSA, aprueba la Norma Técnica en salud NTS N°029-MINSA/DIGEPRES-V.02, "Norma Técnica de Salud de Auditoria de la Calidad de la Atención en Salud";

Que, mediante Resolución Ministerial N° 214-2018/MINSA, aprueba la NTS N°139-MINSA/2018/DGAIN: "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica";

Que, mediante Resolución Ministerial N° 826-2021/MINSA de fecha 05.07.2021, se aprobó las "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud";

Que, mediante Nota Informativa N° 030-2022-OCG-HMA Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad, remite el Informe N° 018-2022-OCG-HMA, informe técnico sustentatorio para la aprobación mediante acto resolutorio del Documento Técnico: "PLAN ANUAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD Y DERECHOS DE LAS PERSONAS DEL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA 2022";



L. VIZCARRA



Y. RAMIREZ J.



V. GUZMÁN F.



L. RONQUILLO S.

Que, el Documento Técnico: “**PLAN ANUAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD Y DERECHOS DE LAS PERSONAS DEL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA 2022**”; tiene como Objetivo general; el de establecer las acciones para implementar el Sistema de Gestión de la Calidad en el Hospital María Auxiliadora, considerando la mejora continua de la atención asistencial y administrativa de nuestros usuarios. Además considera como objetivos específicos: **OE1.** Fortalecer los procesos de mejora continua a través de la gestión de la calidad en el Hospital María Auxiliadora, **OE2.** Ejecutar el proceso de Autoevaluación del Hospital María Auxiliadora, **OE3.** Contribuir a una mayor efectividad y eficiencia en las prestaciones de salud otorgadas por el Hospital María Auxiliadora a través de la Auditoria de la Calidad de Atención en Salud, **OE4.** Promover la cultura del paciente y gestión de riesgos en el Hospital María Auxiliadora, **OE5.** Promover el buen trato y satisfacción del usuario final, y **OE6.** Gestionar los mecanismos para la atención de consultas, reclamos, denuncias y felicitaciones de los usuarios externos;

Que, mediante el Informe Técnico N° 021-2022-OEPE-HMA, de fecha 25.04.2022 la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, luego de la evaluación, concluye que el “**PLAN ANUAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD Y DERECHOS DE LAS PERSONAS DEL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA 2022**”, está comprendido en el objetivo Estratégico Institucional y Acción Estratégica del POIA 2022, por lo que emite opinión favorable;

Que, estando a la propuesta y a los documentos de vistos, resulta necesario expedir el acto resolutivo correspondiente;

Con la facultades conferidas en el literal c) del artículo 11° del Reglamento de Organización y Funciones (ROF) del Hospital “María Auxiliadora”, aprobado por Resolución Ministerial N° 860-2003-SA/DM;

Con la visación del Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad, el Director Ejecutivo de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico y el Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica;

L. RONQUILLO S.

SE RESUELVE:

ARTÍCULO 1°: APROBAR el Documento Técnico: “**PLAN ANUAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD Y DERECHOS DE LAS PERSONAS DEL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA 2022**”; que en 28 folios forma parte integrante de la presente resolución.

ARTÍCULO 2°: ENCARGAR al Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad la supervisión y el cumplimiento del Documento Técnico aprobado por la presente Resolución.

ARTÍCULO 3°: DISPONER que la Oficina de Comunicaciones publique la presente resolución en la página web del Hospital.

REGISTRESE y COMUNIQUESE



MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA
MC. LUIS ENRIQUE VIZCARRA JARA
DIRECTOR GENERAL
CMP 022683 RNE 019438

LEVJ/VMGF/pcs.

DISTRIBUCIÓN:

- () Oficina Ejecutiva de Administración
- () Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico.
- () Oficina de Gestión de la Calidad.
- () Oficina de Asesoría Jurídica
- () Archivo.



"PLAN ANUAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD Y DERECHOS DE LAS PERSONAS"

Hospital María Auxiliadora

2022



"El sistema de gestión de la calidad está definido como el conjunto de elementos interrelacionados que contribuyen a conducir, regular, brindar asistencia técnica y evaluar a las entidades en lo relativo a la calidad de la atención y de la gestión".



OGC | Oficina de
Gestión de la
Calidad

Lima - Perú



Y. RAMIREZ J.

HOSPITAL MARIA AUXILIADORA

PLAN ANUAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD Y DERECHOS DE LAS PERSONAS DEL HOSPITAL
MARIA AUXILIADORA 2022

OFICINA DE GESTION DE LA CALIDAD

M.C. Luis Enrique Vizcarra Jara

Director General

MC. Ysoe Ramírez Jiménez

Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad

EQUIPO TÉCNICO DE LA OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

MC. Diana Guisselle Flores Vento

MC. Jonathan Aarón Paredes Flores

MC. Elizabeth Fiorela Velazque Ccorisoncco

Lic. Noelia Torres Alzamora

Lic. María Carrasco Quispe

Srta. Mariel Garro Ibarra

Asistente de Gestión



ÍNDICE

Contenido	Página
I. INTRODUCCION	3
II. FINALIDAD	3
III. OBJETIVO GENERAL	3
IV. OBJETIVOS ESPECIFICOS SEGÚN LINEAS DE ACCION	4
V. AMBITO DE APLICACIÓN	5
VI. BASE LEGAL	5
VII. DIAGNOSTICO SITUACIONAL	7
VIII. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	22
IX. PRESUPUESTO	28

PLAN ANUAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD Y DERECHOS DE LAS PERSONAS DEL HOSPITAL MARIA AUXILIADORA 2022

I. INTRODUCCION:

El Hospital María Auxiliadora es una Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPRESS) Pública situada en el distrito de San Juan de Miraflores y categorizada como Nivel de complejidad III-1. Es el único centro de referencia Nivel III de la Dirección de redes integradas de salud (DIRIS) - Lima Sur, cuya misión es *"prevenir los riesgos, proteger del daño, recuperar la salud y rehabilitar las capacidades de los pacientes en condiciones de plena accesibilidad y de atención a la persona desde su concepción hasta su muerte natural"*.

La Oficina de Gestión de la Calidad es la unidad orgánica encargada de implementar el Sistema de Gestión de la Calidad, promoviendo la mejora continua de la atención asistencial y administrativa al paciente y con la participación activa del personal.

En concordancia con el marco normativo vigente del Ministerio de Salud, la Oficina de Gestión de la Calidad ha elaborado el Plan anual de Gestión de la Calidad 2022 del Hospital María Auxiliadora, teniendo presente el enfoque de derecho y la seguridad de los usuarios internos y externos de nuestra institución.

El presente plan articula seis (6) líneas de acción: mejora continua, autoevaluación, auditoria de la calidad de atención en salud, seguridad del paciente, buen trato y satisfacción del usuario externo, atención de consultas, reclamos, sugerencias y felicitaciones de los usuarios externos. A su vez, establece las actividades a desarrollarse y su programación considerando los recursos disponibles en la institución en el marco de la pandemia COVID 19.

II. FINALIDAD:

Contribuir a la mejora continua de la calidad y seguridad de las prestaciones en salud que brinda el Hospital María Auxiliadora, con enfoque a la satisfacción de nuestros usuarios, en coordinación con las respectivas unidades prestadoras de servicios.

III. OBJETIVO GENERAL:

Establecer las acciones para implementar el Sistema de Gestión de la Calidad en el Hospital María Auxiliadora, considerando la mejora continua de la atención asistencial y administrativa de nuestros usuarios.

IV. OBJETIVOS ESPECIFICOS SEGÚN LINEAS DE ACCION

Las líneas de acción constituyen nuestros ejes de trabajo, en base a las cuales se plantean nuestros objetivos específicos y sus correspondientes actividades:

OE1. Fortalecer los procesos de mejora continua a través de la gestión de la calidad en el Hospital María Auxiliadora.

Subobjetivos:

- Planificar la gestión de la calidad en el Hospital María Auxiliadora
- Actualizar de los instrumentos y documentos normativos de la Oficina de Gestión de la Calidad.
- Fomentar acciones de Mejora Continua de la Calidad en las Unidades Orgánicas del Hospital María Auxiliadora.

OE2. Ejecutar el Proceso de Autoevaluación del Hospital María Auxiliadora

Subobjetivos:

- Actualizar los equipos de autoevaluación y acreditación del Hospital María Auxiliadora
- Socializar del proceso de autoevaluación del Hospital María Auxiliadora
- Monitorear la ejecución del Proceso de Autoevaluación del Hospital María Auxiliadora

OE3. Contribuir a una mayor efectividad y eficiencia en las prestaciones de salud otorgadas por el Hospital María Auxiliadora a través de la Auditoría de la Calidad de Atención en salud.

Subobjetivos:

- Planificar y organizar de la implementación de la Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud en el Hospital María Auxiliadora
- Fortalecer de la participación y competencias de los equipos de auditoría del Hospital María Auxiliadora
- Fortalecer de la adherencia del personal a las GPC y GPP y Consentimientos Informados aprobados por el Hospital María Auxiliadora
- Identificar oportunidades de mejora e implementar recomendaciones en base a las auditorias.

OE4. Promover la cultura de seguridad del paciente y gestión de riesgos en el Hospital María Auxiliadora

Subobjetivos:

- Fortalecer las competencias en Buenas Práctica de Atención y Gestión de Riesgo en el Hospital María Auxiliadora
- Fortalecer el registro, notificación, análisis y mejoras de los incidentes, eventos adversos y eventos centinela.
- Monitorear las Rondas de Seguridad del Paciente
- Participar en la promoción y fortalecimiento de la higiene de manos



DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA MUJERES Y HOMBRES
"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"

OE5. Promover el buen trato y satisfacción del usuario en salud

Subobjetivos:

- Difundir de los Deberes y Derechos de los Usuarios de Servicios de Salud entre los colaboradores del HMA y usuarios de servicios de salud del Hospital María Auxiliadora.
- Promover de una cultura de respeto a los derechos del usuario entre los colaboradores de las áreas de atención asistencial/administrativa del Hospital María Auxiliadora.
- Determinar el nivel de satisfacción del usuario externo en el Hospital María Auxiliadora.

OE6. Gestionar los Mecanismos para la Atención de consultas, reclamos, denuncias y felicitaciones de los Usuarios Externos.

Subobjetivos:

- Fortalecer el funcionamiento de la Plataforma de atención al usuario en salud (PAUS) del Hospital María Auxiliadora.
- Monitorear de la gestión de los reclamos y felicitaciones interpuestos por los usuarios externos del Hospital María Auxiliadora.
- Gestionar la atención de denuncias y solicitudes de información trasladadas por la Autoridad Nacional en salud.

4.1. Articulación estratégica con los objetivos y acciones del PEI, articulación operativa con las actividades operativas del POI.

El presente Plan se encuentra articulado al Objetivo Estratégico Institucional OEI.04 establecido en el Plan Estratégico Institucional del MINSA 2019-2024, que refiere:

OEI.04: "Fortalecer la rectoría y la gobernanza sobre el sistema de salud; y la gestión institucional; para el desempeño eficiente; ético e íntegro; en el marco de la modernización de la gestión pública".

Del mismo modo, se encuentra articulado a la Acción Estratégica AEI.04.02 del Plan Operativo Institucional 2022 del Hospital María Auxiliadora, que refiere:

AEI.04.02: "Gestión orientada a resultados al servicio de la población; con procesos optimizados y procedimientos administrativos simplificados"

V. ÁMBITO DE APLICACIÓN:

El presente Plan es de aplicación en todas las Oficinas, Departamentos y Servicios del Hospital María Auxiliadora y se ejecutará durante el año 2022.

VI. BASE LEGAL:

- Ley N° 26842, Ley General de Salud.
- Ley N° 29414, Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud.
- Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.



- Decreto Supremo 008-2017-SA, Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- Decreto Supremo N° 013-2006-SA, Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- Decreto Supremo N° 002-2019-SA, 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.
- Decreto Supremo N° 027-2015-SA, Reglamento de la Ley 29414; Ley que Establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud.
- Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA: "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud".
- Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA: NTS 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: "Guía Técnica del evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".
- Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA: "Política Nacional de Calidad en Salud"
- Resolución Ministerial N° 308-2010/MINSA: "Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía".
- Resolución Ministerial N° 1021-2010/MINSA: "Guía Técnica de Implementación de la Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía".
- Resolución Ministerial N° 527-2011/MINSA: "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: Guía Técnica para la Elaboración de Proyectos de Mejora y la Aplicación de Técnicas y Herramientas para la Gestión de la Calidad".
- Resolución Ministerial N° 168-2015/MINSA: "Lineamientos para la Vigilancia, Prevención y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud".
- Resolución Ministerial N° 302-2015/MINSA: NTS N° 117-MINSA/DGSP-V.01; "Norma Técnica de Salud para la Elaboración y Uso de Guías de Práctica Clínica del MINSA".
- Resolución Ministerial N° 414-2015/MINSA: Metodología para la Elaboración de Guías de Práctica Clínica".
- Resolución Ministerial N° 502-2016/MINSA: NT N° 029-MINSA/DIGEPRES-V.02 "Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud"
- Resolución Ministerial N° 214-2018/MINSA: NT N° 139-MINSA/2018/DGAIN; "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica"
- Resolución Ministerial N°1143-2019/MINSA. Directiva administrativa N°280-MINSA/OGPPM: "Directiva Administrativa para la Formulación, Seguimiento y Evaluación de los Planes Específicos de los Órganos, Unidades Orgánicas de la Administración Central, Los Órganos Desconcertados, Programa y Organismos Públicos Adscritos del MINSA"
- 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 de la Atención de Salud, aprobada el 02 de abril del 2020.



DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA MUJERES Y HOMBRES
"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"

- Resolución de Superintendencia N° 030-2020-SUSALUD/SA. Aprobación de la Clasificación, Lineamientos y Aplicativo Informático para la remisión de información de reclamos de los usuarios de las IAFAS, IPRESS o UGIPRESS.
- Resolución de Superintendencia N° 071-2021-SUSALUD/SA. Modifican la norma "Clasificación, Lineamientos y Aplicativo Informático para la remisión de la Información de Reclamos de los Usuarios de las IAFAS, IPRESS o UGIPRESS"
- Resolución Jefatural N° 631-2016/IGSS, 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.1:" Análisis de los Eventos Centinelas en las IPRESS y UGIPRESS del IGSS".
- Resolución Directoral N° 120-2012-HMA-DG, aprueba el Manual de Organización y Funciones de la Oficina de Gestión de la Calidad.
- Resolución Directoral N° 210-2016-HMA-DG, aprueba el plan de implementación de la plataforma de atención al usuario.

VII. DIAGNOSTICO SITUACIONAL

6.1. Organización:

Según el Manual de organización y funciones (MOF) aprobado con Resolución Directoral N° 120-2012-HMA-DG, la Oficina de Gestión de la Calidad es un órgano de asesoría que depende directamente de la Dirección General.

En el año 2016 se creó la Plataforma de atención al usuario en salud (PAUS), siendo asignada como una unidad dependiente de la Oficina de Gestión de la Calidad con Resolución Directoral N° 210-2016-HMA-DG, que aprueba el plan de implementación de la plataforma de atención al usuario en salud.

Resaltamos que existe la necesidad de actualizar el MOF y MAPRO de la Oficina de gestión de la calidad, de manera que sea congruente con nuestra funcionalidad y necesidades actuales, proceso al que daremos inicio en el periodo presupuestal 2022.

6.2. Infraestructura.

Se cuenta con una oficina en el área administrativa de aproximadamente 21 m², cercana a la Dirección General.

La plataforma de atención al usuario en salud (PAUS) se encuentra ubicada en zona visible, accesible y cercana a la puerta principal del hospital, cuenta con un área aproximada de 8m².

Desde el año 2019 se ha solicitado la ampliación y adecuación de la PAUS para la optimización de nuestro servicio, siendo sustentado en los Planes anuales de Fortalecimiento, el cual fue finalmente aprobado en el año 2021 con Resolución Directoral N° 165-2021-HMA-DG. Sin embargo, el proyecto no pudo ser ejecutado debido al cierre del ejercicio fiscal 2021.

En el año 2022 se ha renovado el requerimiento a la Dirección General al persistir la necesidad del servicio.



DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA MUJERES Y HOMBRES
"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"

6.3. Equipamiento.

Tabla 1. Estado actual y brecha del equipamiento de la OGC. Hospital María Auxiliadora 2021.

Oficina de Gestión de la Calidad	Estado del equipo	Plataforma de atención al usuario en salud	Estado del equipo
05 CPU	Bueno	01 CPU	Malo
01 CPU	malo	01 monitor	Malo
05 monitores	Bueno	01 teclado	Malo
01 monitor	Malo	01 mouse	Malo
02 mouse	Bueno	01 impresora multifuncional	Bueno
03 mouse	Malo		
01 impresora multifuncional	Bueno		
04 teclados	Bueno		
02 teclados	Malo		
01 equipo de aire acondicionado	Bueno		
01 estabilizador de cómputo	Bueno		
01 estabilizador de computo	Malo		
01 Tablet	bueno		
Brecha actual de equipamiento OGC		Brecha actual de equipamiento PAUS	
03 CPU		03 CPU	
03 monitores		03 monitores	
06 estabilizadores de voltaje de electricidad para computo		03 estabilizadores de voltaje de electricidad para computo	
01 laptop		03 teclados	
05 mouse		03 mouse	
03 teclados		01 aire acondicionado	
		01 Tablet	

Fuente: OGC- HMA.



6.4. Mobiliario.

Tabla 2. Estado actual y brecha del mobiliario de la OGC. Hospital María Auxiliadora 2021.

Oficina de Gestión de la Calidad	Estado del mobiliario	Plataforma de atención al usuario en salud	Estado del mobiliario
01 módulo de trabajo de melamine para 4 personas	regular	01 escritorio de melamine	Bueno
02 módulos de trabajo de melamine para 1 persona	Bueno	01 mesa de trabajo pequeña	Bueno
01 escritorio de melamine	Bueno	04 sillas metálicas	Bueno
01 mesa de trabajo grande	Bueno	01 armario de melamine	Malo
01 estante de piso de melamine	Regular		
04 estantes de pared de melamine	Bueno		
09 sillas metálicas	Bueno		
01 silla giratoria	Malo		
01 armario de melamine	Malo		
Brecha actual mobiliario OGC		Brecha actual mobiliario PAUS	
04 módulos de trabajo de melamine para 01 persona		04 módulos de trabajo de melamine para 01 persona	
02 armarios de melamine		02 armarios de melamine	
07 sillas ergonómicas		01 mesa de trabajo pequeña	
		03 sillas ergonómicas	

Fuente: OGC- HMA.

6.5. **Recurso humano.** El Manual de organización y funciones (MOF) vigente considera solo 03 cargos estructurales en el cuadro orgánico de personal: jefe de la Oficina (01), especialista en gestión de salud I (01), y asistente ejecutivo (01).

Entiéndase por cargo estructural a la denominación del cargo según clasificación, establecida legalmente en el normativo de clasificación de cargos. En la práctica esta cantidad de personal es insuficiente para cubrir las actividades de la Oficina, considerando que somos un hospital con Nivel de complejidad III-1.

Cabe mencionar que las denominaciones del personal de la oficina de gestión de la calidad no estarían alineándose a la clasificación de cargos, por tal motivo también es necesario actualizar las denominaciones.

En concordancia con lo mencionado en párrafos previos, las propuestas para el personal de la oficina de gestión de la calidad es la siguiente:



Tabla 3. Estado actual y brecha del personal de la OGC. Hospital María Auxiliadora 2021.

Línea de acción	Cargo	RRHH actual	Propuesta de RRHH	Brecha de RRHH	Condición laboral RRHH actual
Todas con énfasis en mejora continua	Jefe de la OGC	01	01	00	CAS
	Coordinador médico II /jefe de equipo	00	01	01	-
	Secretaria	01	01	00	Tercero
Mejora continua, Auditoria, autoevaluación, atención de reclamos y denuncias	Medico auditor	03	04	01	Cas
Seguridad del Paciente	Licenciada de enfermería	01	01	00	Tercero
mecanismos para la atención de sugerencias, consultas, reclamos y felicitaciones de los usuarios externos., buen trato y satisfacción del usuario externo	Psicóloga	01	02	01	Destaque
Todas con énfasis en buen trato y satisfacción del usuario externo	Especialista en base de datos I	00	01	01	-
Buen trato y satisfacción del usuario externo buen trato y satisfacción del usuario externo	Orientadores	09	09	00	Terceros
	Técnico administrativo	01	01	00	Nombrado
TOTAL		17	21	04	

Fuente: OGC- HMA.

Tabla 4. Denominaciones actuales y propuestas para la modificación de denominación del personal de la OGC. Hospital María Auxiliadora 2022.

Denominación del cargo actual	Propuesta de denominación del cargo	Condición laboral del RRHH actual
Jefe de la OGC	-	CAS
Secretaria	Asistente ejecutivo	Tercero
Medico auditor	Especialista en gestión en salud I	CAS
Licenciada de enfermería	Asistente profesional II (enfermería)	Tercero
Psicóloga	Asistente profesional II (psicología)	Destacado
Orientadores	Especialistas en orientación en salud	Tercero
Técnico administrativo	-	Nombrado

Fuente: OGC- HMA.

6.6. ESTADO Y LOGROS DE LAS LINEAS DE ACCION:

6.6.1. Autoevaluación:

El proceso de Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios médicos de Apoyo, establecido en la NTS N° 050-MINSA/DGSP-V.02 fue instaurado como uno de los pilares de la mejora continua de la calidad de la atención.

En el contexto actual comprende dos fases: autoevaluación y evaluación externa. La autoevaluación se desarrolla verificando el desempeño de las instituciones prestadoras de salud en contraste con el Listado de Estándares de Acreditación.

En el año 2019 el equipo de autoevaluadores internos es actualizado y posteriormente capacitado por la Dirección de Redes de Salud (DIRIS) - Lima Sur, lográndose ejecutar el plan de autoevaluación 2019. El resultado global mostró un 59% de cumplimiento en la evaluación de macroprocesos, por debajo del estándar mayor o igual al 85% para lograr la acreditación. No obstante, la experiencia ganada durante el proceso genera un referente para nuestra institución.

En el año 2020 la autoevaluación es incluida dentro de los compromisos de mejora¹, sin embargo, no pudo ser realizada debido al contexto de la pandemia COVID 19, lo cual fue informado a la Dirección de Redes de Salud (DIRIS) - Lima Sur, Dirección General de Operaciones en Salud (DGOS) y a la Unidad Funcional de Gestión de la Calidad en Salud del Ministerio de Salud.

Para el año 2021 continúa siendo parte de los compromisos de mejora², se actualizan los equipos y se logra ejecutar el plan a cabalidad obteniendo el siguiente resultado global: 42% de cumplimiento de los 22 macroprocesos evaluados. Si bien el resultado de cumplimiento ha disminuido entre el año 2019 al 2021 del 59% al 42%, se ha logrado obtener una visión actualizada del estado de nuestra institución

¹Directiva Administrativa N° 283-MINSA /2020/DGOS. "Directiva administrativa que regula los aspectos metodológicos para la evaluación del cumplimiento de los indicadores de desempeño y compromisos de mejora, alcanzados en el año 2020, para la entrega económica establecida en el artículo 15° decreto legislativo N°1153".

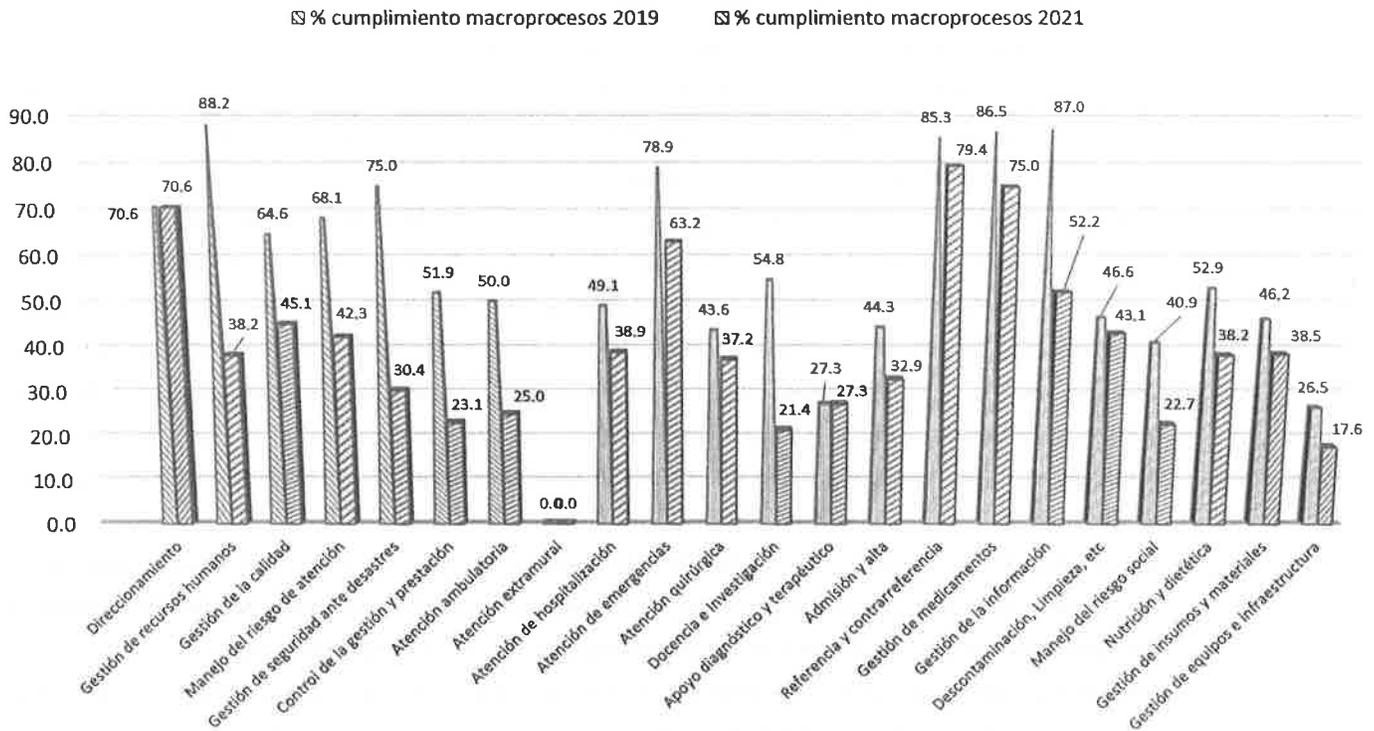
²Directiva Administrativa N° 304-MINSA/2021/DGOS. "Directiva administrativa que regula los aspectos metodológicos para la evaluación del cumplimiento de los indicadores de desempeño y compromisos de mejora, alcanzados en el año 2021, para la entrega económica establecida en el artículo 15° decreto legislativo N°1153".



bajo el impacto de la pandemia. Acorde a este último resultado de 42% de cumplimiento, corresponde reiniciar el proceso de autoevaluación en el año 2022.

El plan y el informe de autoevaluación del año 2021 fueron remitidos a la DIRIS Lima Sur dentro de los plazos establecidos, cumpliendo a cabalidad los compromisos de mejora.

Actualmente el equipo de autoevaluadores internos ha sido reconfirmado con Resolución Directoral N° 095-2022-HMA-DG de fecha 31 de marzo del 2022 y el plan de autoevaluación 2022 se encuentra en proceso de aprobación.



Grafica 1. Autoevaluación. Cumplimiento de los macroprocesos año 2019 y 2021. Hospital María Auxiliadora.
 Fuente: OGC- HMA.

6.6.2. Mejora continua

El Mejoramiento Continuo de la Calidad implica el desarrollo gradual de procesos permanentes 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.

En el año 2021 se inicia la conformación de equipos de trabajo para la mejora continua, quienes realizarán actividades relacionadas a la elaboración de proyectos de mejora, siendo el equipo de trabajo aprobado con Resolución Directoral N° 375-2021-HMA-DG de fecha 03 de setiembre del 2021. En el año 2022 el equipo será reconfigurado considerando a las Jefaturas para iniciar funciones.

Dentro de esta línea de acción la actividad con mayor desarrollo es la de *"apoyo en la actualización, revisión y aprobación de Guías de Práctica Clínica (GPC) y Guía de Procedimientos asistenciales (GPA), asistencia en la elaboración y actualización de directivas, manuales de procedimientos, flujogramas, así como otros instrumentos de gestión"*.

Entre los años 2014 y 2018 se aprobaron 13 guías clínicas y 01 guías de procedimientos.

En el año 2019 se aprobaron 23 Guías clínicas y 1 guía de procedimiento, 01 documento normativo.

En el año 2020 se aprobaron 10 guías clínicas y 8 guías de procedimiento y 04 documentos normativos.

En el año 2021 se aprobaron 12 guías clínicas, 9 guías de procedimiento y 06 documentos normativos.

Podemos decir que en los últimos 3 años se mantiene una tendencia al alza en la aprobación de GPC, GPA, y documentos normativos, y la mayoría pertenecen al Departamento de Cirugía, Departamento de Medicina, Departamento de Odontología, Departamento de Pediatría y al Departamento de Enfermería.

En el contexto de la pandemia COVID 19, los departamentos y servicios han podido continuar la elaboración de guías, debido al paso de un considerable número de profesionales de la salud a modalidad de trabajo remoto, siendo esta tarea parte de sus actividades remotas.

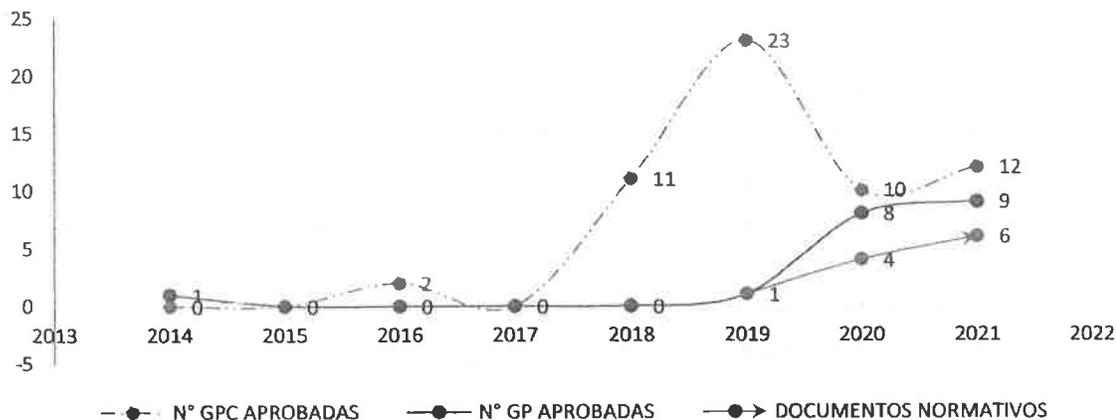
Sin embargo, se ha establecido un límite de revisión de 1 guía por especialidad, para no comprometer la capacidad de respuesta de la Oficina de Gestión de la Calidad, la cual mantiene la misma cantidad de personal.

Cabe mencionar que en fecha 11 de julio del 2021 se actualizan las Nomas para la elaboración de documentos normativos del MINSA con Resolución Ministerial N° 826-2021/MINSA, lo cual abarca las GPC, GPA, directivas y manuales.

Si bien la estructura de las guías se mantiene sin cambios, bajo el nuevo marco normativo, deben ser presentadas en un expediente que contenga: el proyecto de documento normativo, Informe técnico sustentatorio, opiniones técnicas de los involucrados y antecedentes del proyecto. En el II Semestre del 2021 se trabajó con los Departamentos y Servicios en la metodología para el cumplimiento del nuevo marco normativo.

Para el año 2022 se ha proyectado la meta de revisión de documentos normativos considerando la adaptación a las nuevas exigencias del MINSA, así como retomar coordinación con el Instituto Nacional

de Salud (INS), para la asistencia en la elaboración de guías de práctica clínica con rigurosidad científica, interrumpida en el año 2020 por motivos de pandemia COVID 19.



Gráfica 2. Historial de GPC y GP aprobadas del hospital María Auxiliadora 2014-2021

Se observa una tendencia al alza en la aprobación de GPC, GPA y documentos normativos en el periodo 2019 al 2021, quintuplicando la cantidad aprobada en el periodo 2014 al 2018.

6.6.3. Auditoría de la Calidad

La Auditoría de la Calidad de Atención en Salud implica realizar actividades de evaluación y seguimiento de procesos y procedimientos establecidos para la atención de salud, no es punitiva y está enfocada en la mejora continua.

Dentro de las funciones de la Oficina de Gestión de la Calidad se encuentra el "**planificar, coordinar, organizar y controlar las actividades de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud en los Departamentos/Servicios del HMA³**", siendo los encargados de desarrollar las auditorías el **comité y los equipos de auditoría**, como bien lo señala la NTS N° 029-MINSA/DIGEPRES-V.02 "Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud".

El comité de auditoría médica, el comité de auditoría de calidad de atención en salud y los equipos de auditoría adscritos de la calidad de atención en salud se encuentran activos y han sido aprobados con Resolución Directoral N° 090-2021-HMA-DG de fecha 10 de marzo del 2021.

En el año 2019 el 90% (10) de las auditorías ejecutadas fueron de caso, en cambio, en el periodo de la pandemia COVID 19 predomina la ejecución de la auditorías programadas, 50% (6) en el 2020 y 52% en el 2021 (57).

Durante la pandemia presentamos dificultades para la convocatoria de los comités de auditoría y el acceso a las historias clínicas. No obstante, pudimos adaptarnos mediante el uso de herramientas virtuales (zoom, Google meet, etc), logrando mantener un cumplimiento de las auditorías, seguimiento de las recomendaciones, y envío de los informes a la Dirección de Redes de Salud (DIRIS) - Lima Sur.

³ Resolución Directoral N°120-2012-HMA-DG. Aprueba el Manual de Organización y Funciones (MOF), de la Oficina de Gestión de la Calidad.

En el año 2021 la Oficina de Gestión de la Calidad realizó actividades para el fortalecimiento de la auditoria (acompañamientos, asistencia técnica, diseño de formatos), logrando establecer la participación activa de los miembros del comité y los equipos de auditoria en la ejecución y seguimiento de las auditorias en sus respectivos departamentos y servicios (in situ), lo cual se ha visto reflejado en el aumento exponencial de auditorias ejecutadas en el año 2021: 8 auditorias de caso (7%), 57 auditorias programadas (52%), y 45 auditorias de registro (41%).

Actualmente los equipos de auditoria se encuentran organizados y funcionan de manera autónoma en sus servicios, realizando auditorias concurrentes y de registro. El plan de Auditoria de la Calidad de Atención en salud del año 2022 ha sido aprobado con Resolución Directoral N° 085-2022-HMA-DG de fecha 28 de marzo del 2022. Para este año se proyecta incrementar el número de auditorias de registro con mayor participación del Comité de Auditoria de la Calidad de atención en salud.

TRIMESTRES	2019						2020						2021					
	N°		N°		N°		N°		N°		N°		N°		N°			
	A. C	%	A. P.	%	A. R.	%	A. C.	%	A. P.	%	A. R.	%	A. C.	%	A. P.	%		
IT	0		0		0		0		0		0		1		16		0	
IIT	1		0		0		0		0		0		4		19		4	
IIIT	1		0		0		0		6		1		1		8		20	
IVT	8		0		1		5		0		0		2		14		21	
TOTAL	10	90%	0	0%	1	10%	5	42%	6	50%	1	8%	8	7%	57	52%	45	41%

Legenda: A.C. Auditorias de caso, A.P. Auditorias Programadas, A. R. Auditorias de Registro

Tabla 5. Historial Trimestral de auditorias Hospital María Auxiliadora 2019 al 2021.

Fuente: Oficina de Gestión de la Calidad.

6.6.4. Seguridad del paciente

La seguridad del paciente es un principio fundamental de la atención sanitaria. Implica efectuar una gestión adecuada de riesgos, dotarnos de la capacidad para conocer y analizar los posibles incidentes que se produzcan, aprender de ellos y aplicar soluciones que minimicen el riesgo de su ocurrencia posterior, así como buenas prácticas acordes con el conocimiento científico.

La línea de acción de seguridad del paciente abarca las actividades de: monitoreo de la aplicación de la lista de verificación de seguridad de la cirugía (LVSC), monitoreo del cumplimiento de los reportes mensuales y análisis causa raíz de eventos adversos, monitoreo del cumplimiento de las actividades de promoción de la higiene de manos y coordinar la ejecución de las rondas de seguridad del paciente.



• **Lista de verificación de seguridad de la cirugía (LVSC)**

Si bien la LVSC se aplica en todas las intervenciones quirúrgicas (tabla 2), en los últimos 3 años se puede observar una tendencia de mejora en el registro de las mismas, con un porcentaje de LVSC completas del 78% en el año 2019 a un 84% en el año 2021 (gráfico 3).

Para el año 2022 se tiene proyectado continuar trabajando en la mejora de resultados, especialmente en el acápite "firma del coordinador", y lograr un registro completo de las LVSC mayor al 90%.

Tabla 6. Historial de aplicación Lista de Verificación de seguridad de la cirugía Hospital María Auxiliadora 2020-2021.

Definiciones		TOTAL 2020	% APLICACIÓN 2020	TOTAL 2021	% APLICACIÓN 2021
NUMERO DE PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS	EMERGENCIA	4402	68%	4773	64%
	ELECTIVA	2061	32%	2668	36%
Total		6463	100%	7441	100%
NUMERO DE LVSC APLICADAS EN INTERVENCIONES QUIRURGICAS		6463	100%	7441	100%

Fuente: Oficina de Gestión de la Calidad.

A pesar de las dificultades presentadas durante la pandemia, se ha logrado mantener un cumplimiento del envío de informes y la "Encuesta para evaluar la implementación de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía" (LVSC) a la Dirección de Redes de Salud (DIRIS) - Lima Sur dentro de los plazos establecidos.

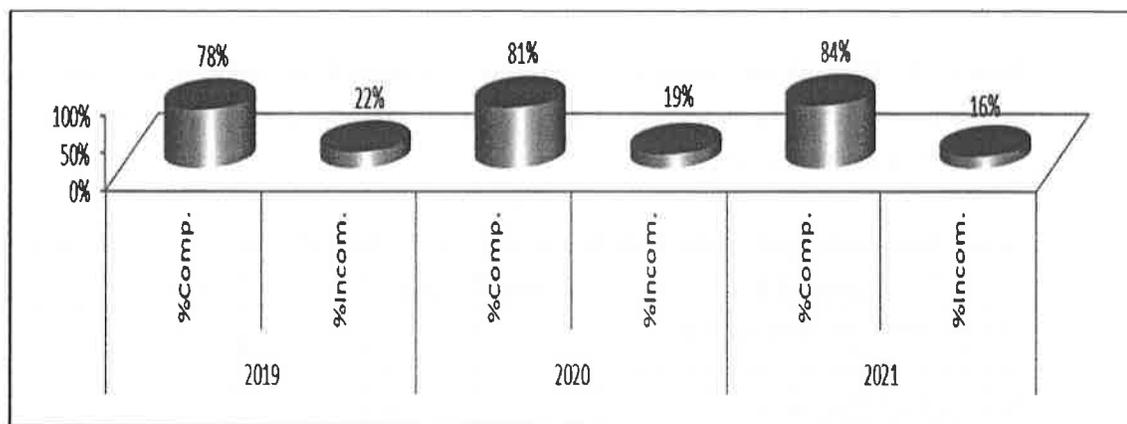


Gráfico 3. Histórico Porcentaje de LVSC Completas e Incompletas 2019-2021.

Fuente: Oficina de Gestión de la Calidad.

• **Eventos adversos**

En el Hospital María Auxiliadora se tiene como objetivo fortalecer la cultura de registro, notificación y reporte de los incidentes, eventos adversos y eventos centinelas a fin de identificarlos oportunamente para la reducción y mitigación de sus efectos durante el proceso de atención en salud.



DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA MUJERES Y HOMBRES
"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"

En los últimos 03 años se observa que la mayoría de eventos reportados corresponden a los de menor gravedad "INCIDENTES" (59.4% a 78.9%), y los de mayor gravedad "EVENTOS CENTINELA" se han presentado extraordinariamente (grafico 4).

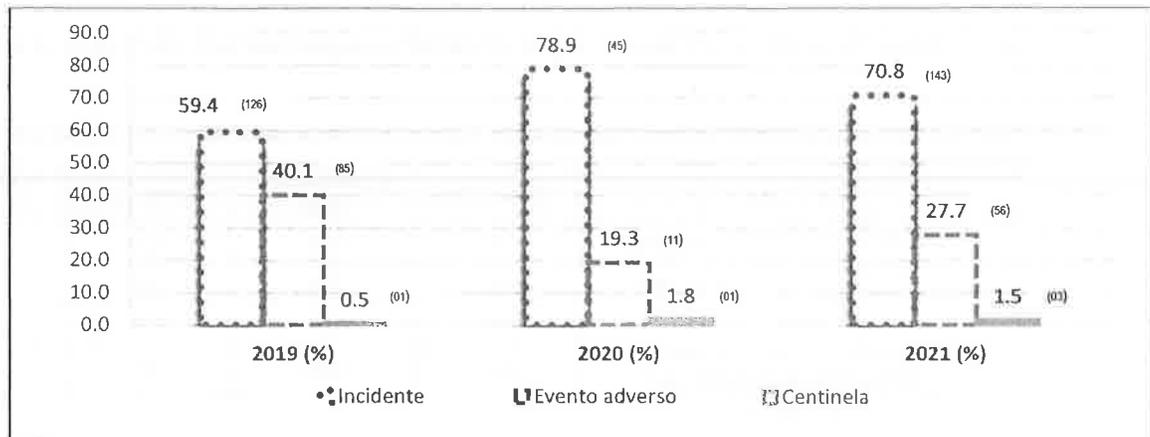


Gráfico 4. Histórico de eventos adversos por gravedad. Hospital María Auxiliadora 2019-2021.

Fuente: Oficina de Gestión de la Calidad.

Las categorías de eventos adversos "relacionados con la medicación" y "relacionados con los cuidados" se mantienen como las categorías más reportadas desde el año 2019, lo cual evidencia la participación activa del Departamento de Farmacia y el Departamento de Enfermería. (tabla 4).

Para el año 2022, se tiene proyectado continuar promoviendo el reporte de eventos adversos por los servicios, brindando la asistencia técnica para su correcta presentación, análisis causa-raíz, y seguimiento de los mismos.

Tabla 7. Histórico de reporte de Eventos adversos por categoría Hospital María Auxiliadora 2019 al 2021.

CATEGORIA	N° 2019	2019 (%)	N° 2020	2020 (%)	N° 2021	2021 (%)
RELACIONADO CON LA MEDICACION	116	54.70%	29	50.88%	129	63.86%
RELACIONADO CON LOS PROCEDIMIENTOS	15	7.10%	10	17.54%	5	2.48%
RELACIONADO CON LAS IAAS	13	6.13%	9	15.79%	2	0.99%
RELACION CON LOS CUIDADOS	55	25.94%	8	14.04%	36	17.82%
OTROS	13	6.13%	1	1.75%	30	14.85%
TOTAL	212	100.00%	57	100.00%	202	100.00%

Fuente: Oficina de Gestión de la Calidad.



- **Rondas de seguridad del paciente**

Las rondas de seguridad del paciente son una herramienta que permite evaluar la ejecución de las Buenas Prácticas de la Atención en Salud.

Al igual que la autoevaluación, las rondas fueron incluidas como parte de los compromisos de mejora en el año 2020¹. Se conformaron los equipos⁴, quienes ejecutaron las 12 rondas en el transcurso del año.

En el año 2021 se continua con la ejecución y cumplimiento de los compromisos a cabalidad, siendo las resoluciones directorales y los informes de rondas de seguridad del paciente remitidos a la Dirección de Redes de Salud (DIRIS) - Lima Sur, Dirección General de Operaciones en Salud (DGOS) y a la Unidad Funcional de Gestión de la Calidad en Salud del Ministerio de Salud. A manera de reconocimiento, el MINSA entrego a la OGC una TABLET LENOVO, por haber cumplido a cabalidad la ejecución de las Rondas de Seguridad del Paciente en el año 2021. Del mismo modo, se nos asignó el máximo puntaje de compromiso de mejora, lo cual beneficio en la entrega de bonos del personal de toda la institución.

Actualmente el equipo de rondas ha sido reconfigurado con Resolución Directoral N° 071-2022-HMA-DG de fecha 08 de marzo del 2022 y el plan se encuentra en proceso de aprobación.

Tabla 8. Cumplimiento de buenas prácticas Rondas de seguridad del paciente 2020 - 2021. Hospital María Auxiliadora.

SERVICIO/UNIDAD	2020		2021	
	Promedio de cumplimiento	Calificación	Promedio de cumplimiento	Calificación
Centro Obstétrico	57%	Deficiente	59%	Deficiente
Diagnóstico por imágenes	22%	Deficiente	50%	deficiente
Hospitalización Pediatría	57%	Deficiente	71%	Deficiente
Farmacia	55%	Deficiente	87%	Por mejorar
Hospitalización Medicina Interna	60%	Deficiente	58%	deficiente
Nutrición y Dietética	97%	Satisfactorio	90%	Satisfactorio
Oncología	82%	Por Mejorar	76%	Por mejorar
Central de Esterilización	89%	Por Mejorar	92%	Satisfactorio
Ginecología			54%	deficiente
Cirugía Especialidades			60%	deficiente
consulta externa urología			80%	Por mejorar
consulta externa endocrinología			70%	Deficiente
UCI	92%	Satisfactorio		
Centro Quirúrgico	80%	Por Mejorar		
Cirugía General	60%	Deficiente		
Consulta Externa ginecología	61%	Deficiente		

Fuente: Oficina de Gestión de la Calidad.



Y. RAMIREZ J.

⁴ Resolución Directoral N°096-2020-HMA-DG de fecha 12 de marzo del 2020.

6.6.5. Buen trato y satisfacción del usuario externo

El buen trato está enfocado en brindar los servicios de salud a los usuarios resguardando sus derechos en salud y a su vez, dar a conocer sus deberes durante todo el proceso de atención, fomentando el respeto mutuo.

Es así que en el año 2020 se logra actualizar y renovar los banners de libro de reclamaciones en salud, flujograma de atención de reclamos, derechos y deberes del usuario en la institución.

En estos 2 últimos años, las actividades de capacitación al personal y difusión de los deberes y derechos de los usuarios han sido ejecutadas a cabalidad.

Para el año 2021 se elaboraron trípticos informativos para los usuarios, sin embargo, el requerimiento no pudo ser ejecutado debido al cierre del ejercicio presupuestal. En el año 2022 se ha renovado el requerimiento a la Dirección General al persistir la necesidad del servicio, del mismo modo se proyecta reforzar la difusión del libro de felicitaciones en salud.

La satisfacción del Usuario Externo se define como el 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.

Su medición permite identificar las principales causas del nivel de insatisfacción, para la implementación de acciones de mejora continua en los establecimientos de salud.

Debido a la pandemia, la medición de la satisfacción del usuario externo y la medición de tiempo de espera no pudieron ser ejecutadas durante el año 2020, siendo retomadas en el año 2021.

En el año 2021 se ha mejorado el nivel total de Satisfacción en un 3.16% comparado al año 2019, al haber una disminución global de Insatisfacción del 53.6% (2019) a 50.41% (2021). Para el presente año estas actividades han sido programadas para su ejecución en el II Semestre.

Tabla 9. Histórico de Satisfacción del usuario externo 2013-2019. Hospital María Auxiliadora.

SERVICIOS	SATISFECHOS (+) 2019	SATISFECHOS (+) 2021	INSATISFECHOS (-) 2019	INSATISFECHOS (-) 2021
Consultorios Externos	34.9%	42.2%	65.1%	57.76%
Hospitalización	57.4%	62.6%	42.6%	37.42%
Emergencia	46.7%	43.9%	53.3%	56.06%
TOTAL	46.4%	49.56%	53.6%	50.41%

Fuente: SERVQUAL / HMA
 Elaboración: OGC / HMA

> 60%	En Proceso
40 – 60 %	En Proceso
< 40	



En el año 2021, los tiempos de atención de los usuarios en **Emergencia** fue de **54 minutos** (Triaje 11 minutos, Admisión 12 minutos, tópicos 28 minutos y seguros 3 minutos), y con un % de oportunidad de 6 a 35%. En **Consultorios externos** fue de **56 minutos** (Tiempo de espera para la atención Médica: 34 minutos y Tiempo de la Atención Médica: 23 minutos).

Tabla 10. Histórico de tiempos de espera y atención en consultorios externos del HMA 2018 - 2021.

Tiempos	TIEMPO MAYOR DEMOSTRADO (mln.)			TIEMPO ESTANDAR (mln.)			TIEMPO MEJOR DEMOSTRADO (mln.)			
	años	2018	2019	2021	2018	2019	2021	2018	2019	2021
1. Tiempo de espera para la Atención Médica		270	187	78	56	70	34	1	3	3
2. Tiempo de la Atención Médica		72	43	42	12	14	23	4	4	7
3. Tiempo de Espera para la Atención Médica en Consulta más el Tiempos de Atención Médica		285	230	101	68	84	56	8	7	18

Fuente: Oficina de Gestión de la Calidad.

6.6.6. Mecanismos para la Atención de reclamos, denuncias y felicitaciones de los Usuarios Externo

La plataforma de atención al usuario en salud (PAUS) tiene como objetivo estandarizar y regular el proceso de atención, con enfoque de trato personalizado al usuario, a través de la orientación e información, la absolución de consultas y gestión de reclamos de los usuarios del Hospital María Auxiliadora.

En el año 2021 se actualiza la directiva de la PAUS, para incluir las pautas de funcionamiento del libro de reclamaciones en salud virtual.

Se cuenta con una base de datos del **libro de reclamaciones en salud** que ha permitido realizar análisis de las causas más frecuentes de reclamo las cuales fueron socializados a los Departamentos, servicios y oficinas del hospital para su consideración en la implementación de mejoras. En la tabla 11 se observa que; durante el año 2021, "Acceso a los Servicios de Salud" sigue siendo la primera causa de reclamos con 67 (43%) registros, seguido de "Atención y Recuperación de la Salud" con 55 (35%), "Acceso a la Información" con 11 (7%), "Protección de Derechos" con 2 (1%) y "Otros relativos a la atención de salud en las IPRESS" con 8 (5%). (ver tabla 11).

Con la finalidad de mejorar el funcionamiento de la PAUS, desde el año 2019 se viene presentando un plan de fortalecimiento que incluye mejoras de infraestructura, equipamiento y mobiliario. En el año 2021 se logra su aprobación, sin embargo, no se ejecuta ante el cierre del ejercicio presupuestal. Para el año 2022 se ha renovado el requerimiento a la Dirección General al persistir la necesidad del servicio.



Cabe mencionar que para el año 2022 se ha proyectado implementar la plataforma SETI Reclamos, la cual permitirá una actualización en tiempo real del registro reclamos.

Tabla 11. Tipo de reclamos según Causa general. Hospital María Auxiliadora 2020 – 2021

TIPO DE RECLAMO	2020		2021	
	N°	%	N°	%
ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD	67	43	83	52
ATENCION Y RECUPERACION DE LA SALUD	55	35	55	35
ACCESO A INFORMACIÓN	8	5	11	7
PROTECCIÓN DE DERECHOS	0	0	2	1
OTROS	26	17	8	5
TOTAL	156	100	159	100

Fuente: Oficina de Gestión de la Calidad.

Adicionalmente, dentro de esta línea de acción se gestiona la atención de denuncias y solicitudes de información trasladadas por la Autoridad Nacional en salud.

En el transcurso del año 2021 se elaboraron y entregaron dentro de los plazos establecidos 45 descargos a denuncias notificadas por SUSALUD, 78 oficios con la información solicitada por el Ministerio de Salud y la DIRIS Lima Sur y 32 oficios con la información solicitada por otras entidades estatales como la Fiscalía de la Nación, Defensoría del Pueblo y el Seguro Integral de Salud.

Cabe mencionar que estas actividades demandan una gran inversión de tiempo operativo al equipo de trabajo y son de cumplimiento obligatorio dentro de los plazos legales establecidos. Caso contrario, la IPRESS queda expuesta a una posible amonestación escrita, sanción y/o multa por la Autoridad Nacional en Salud.

Se puede observar que los requerimientos de información y descargos por la Autoridad Nacional en Salud, sus dependencias y otros organismos nacionales, van en constante aumento, superando la proyección anual establecida, por ende, se debe considerar ampliar la capacidad de respuesta de la OGC con mayor recurso humano y módulos de trabajo para equiparar el aumento de demanda.

Tabla 12. Histórico de Atención a denuncias y solicitudes de información notificadas por SUSALUD, MINSAL, DIRIS Lima Sur, y otras instituciones estatales. Hospital María Auxiliadora 2019 – 2021

TIPO DE DOCUMENTOS	2019		2020		2021	
	N°	%	N°	%	N°	%
ELABORACION DE RESPUESTAS Y DESCARGOS A DENUNCIAS NOTIFICADAS POR SUSALUD	36	59.0	32	36.0	45	29.0
ELABORACION DE OFICIOS CON INFORMACION SOLICITADO POR MINSAL Y DIRIS LIMA SUR	18	29.5	44	49.4	78	50.3
ELABORACION DE OFICIOS CON INFORMACION SOLICITADO POR OTRAS ENTIDADES ESTATALES (FN, DP, SIS, ETC)	7	11.5	13	14.6	32	20.6
TOTAL	61	100.0	89	100.0	155	100.0

Fuente: Oficina de Gestión de la Calidad.



Y. RAMIREZ J.

VIII. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

LINEA DE ACCIÓN: MEJORA CONTINUA 2022

OBJETIVO ESPECÍFICO	ACTIVIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	MESES												RESPONSABLE	META ANUAL		
			Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic				
Planificar la gestión de la calidad en el Hospital María Auxiliadora	1. Elaboración y aprobación con RD del Plan Anual de Gestión de la Calidad 2022.	Resolución Directoral		X													OGC/DG	1
	2. Socializar/difundir el Plan a todas las Unidades Orgánicas del HMA.	Memo circular- Correo electrónico		X													OGC/DG	1
	3. Evaluar el avance de la ejecución del Plan de Gestión de la Calidad	informe / Nota Informativa de corte administrativo		X		X									X		OGC	3
Actualizar de los instrumentos y documentos normativos de la Oficina de Gestión de la Calidad.	4. Actualización y/o elaboración de documentos de gestión de la OGC	Resolución Directoral			X										X		OGC/OPEI	2
	5. Solicitar y participar en capacitaciones en herramientas, metodologías y procesos de mejora para el personal OGC.	memo/ lista de asistencia		X			X										OGC	2
Fomentar acciones y proyectos de Mejora Continua de la Calidad en las Unidades Orgánicas del Hospital María Auxiliadora	6. actualizar la conformación de equipo de mejora continua de la calidad del HMA	memos/memos circulares/Resolución Directoral						X									OGC/DG/JEFATURAS DE DPTOS Y SERVICIOS	1
	7. Asistencia para la identificación y análisis de propuestas en la elaboración de Proyectos de Mejora Continua, en base a resultados de Auditorías, SERVQUAL, Tiempo de espera, eventos adversos, reclamos	Actas de reunión, listas de asistencia						X								X	OGC/DG/OEI	2
	8. Apoyo en la actualización, Revisión y Aprobación de Guías de Práctica Clínica, guía de procedimientos (GP)	memo/informe/oficio/ correo		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	OGC/DG	20
TOTAL	9. Asistencia en la elaboración y actualización de Directivas, manuales, flujogramas y otros instrumentos de gestión del HMA	memo/informe/oficio/ correo	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	OGC/DG	10
																		33



Y. RAMIREZ J.

LÍNEA DE ACCIÓN: AUTOEVALUACIÓN 2022

OBJETIVO ESPECÍFICO	ACTIVIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	MESES												RESPONSABLE	META ANUAL		
			E N E	F E B	M A R	A B R	M A Y	J U N	J U L	A G O	S E P	O C T	N O V	D I C			E N E	F E B
Actualizar equipos de autoevaluación del HMA	1. Actualización del equipo de Acreditación del Hospital María Auxiliadora 2022.	Resolución Directoral		X													DG	1
	2. Actualización del equipo de Evaluadores Inmuros del Hospital María Auxiliadora 2022.	Resolución Directoral		X													DG	1
	3. Elección del Coordinador del equipo de Autoevaluación	Acta			X												Equipo de Autoevaluación del HMA/DG	1
	4. Elaboración y aprobación con RD del Plan Anual de Autoevaluación 2022.	Resolución Directoral			X												Equipo de Autoevaluación /OGC	1
Socialización del proceso de autoevaluación.	5. Gestionar Apoyo técnico a los Evaluadores Inmuros del HMA	Oficio/acta de trabajo / lista de asistencia				X											Equipo de Autoevaluación/OGC	2
	6. Difusión del proceso de listado de estándares de Autoevaluación en los servicios del HMA	Memo Circular/correos electrónicos, Página Web, Redes Sociales					X										Equipo de Autoevaluación del HMA/DG	1
	7. Comunicación a la DIRIS LS de inicio de Autoevaluación	Oficio						X									Equipo de Autoevaluación del HMA/OGC	1
	8. Difusión del Inicio del Proceso de Autoevaluación en servicios y departamentos.	Memo Circular/correos electrónicos, Página Web, Redes Sociales							X								DG/Equipo de Autoevaluación del HMA/OGC	1
Ejecutar el Proceso de Autoevaluación del HMA	9. Realizar Autoevaluación en el HMA.	Memo Circular/correos electrónicos, Página Web, Redes Sociales							X								Equipo de Autoevaluación del HMA/OGC	1
	10. Análisis de resultados, elaboración y presentación informe preliminar a los equipos autoevaluadores internos	Informe Técnico								X							Equipo de Autoevaluación del HMA/OGC	1
	11. Elaboración de Informe Técnico 2022	Informe										X					Equipo de Autoevaluación del HMA/OGC	1
	12. Seguimiento e Implementación de Recomendaciones producto de la Autoevaluación	Informe									X						Equipo de Autoevaluación del HMA/OGC	1
TOTAL																		13



LINEA DE ACCIÓN: AUDITORIA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN 2022

OBJETIVO ESPECÍFICO	ACTIVIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	MESES												RESPONSABLE	META ANUAL			
			ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC			ENE-2023		
OE1. Planificar y Garantizar y organizar la implementación de la Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud en el HMA en el año 2022	1. Elaboración y aprobación del Plan Anual de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud 2022.	Resolución Directorial	X															OGC/DG	1
	2. Difusión del Plan Anual de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud 2022 y envío a instancias superiores.	memorando Circular/Oficio	X															OGC/DG	1
	OE2. Fortalecer el monitoreo y evaluación de la calidad de atención en el hospital HMA del cumplimiento de la NTS 139" Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica"	3. Establecimiento de reuniones con los miembros del Comité de Auditoría de la Calidad de Atención.	Informe/acta	X		X											X	OGC/Comité Auditoría/Def. Dep y Servicios	3
		4. Coordinación de capacitación relacionada a la Auditoría de la Calidad Atención.	Lista de asist/informe			X												OGC/CAM/CAS	1
		5. Monitoreo de la realización de auditorías de caso a solicitud de DG y a cargo de CAM a demanda.	Nota Informativa/memorama circular			X											X	OGC/CAM/Equipos A	3
		6. Monitoreo la realización de auditorías por el CAM-CAS en los servicios del HMA (Programadas, Registro)	Informe de auditoría concurrente/Nota informativa			X											X	OGC/CAM/CAS/Equipos A	3
		7. Monitoreo la realización de auditorías concurrentes para el monitoreo de la calidad de atención.	Informe/Nota informativa			X											X	OGC/CAM/CAS/Equipos A	3
		8. Monitoreo de la Evaluación de adherencia a las GPC (Hospitalización, Emergencia y Consulta Externa).	Informe/memorama			X											X	OGC/CAM/CAS/Equipos A	2
	OE3. Fortalecer la adherencia del personal a las GPC y GPP y Consentimientos Informados aprobados por el HMA	9. Coordinación de la evaluación de Consentimientos Informados previos a procedimientos realizados con el comité de Historia Clínica.	Informe/Nota informativa			X												OGC/CAM/CAS/Equipos A, comité de HC.	2
		10. Monitoreo de la implementación y seguimiento de las recomendaciones de las Auditorías realizadas.	Informe/memorama			X											X	OGC/CAM/DG/Def y Servicios	3
		11. Envío de informe de implementación de recomendaciones a las instancias superiores.	Informe/Informativa			X											X	OGC/DG	3
	OE4 Identificar oportunidades de mejora e implementar recomendaciones en base a las auditorías realizadas	12. Realización de Evaluación Anual de Auditorías e Implementación de recomendaciones.	Informe/Oficio														X	OGC/CAS	0
TOTAL																			19



LÍNEA DE ACCIÓN: MECANISMOS PARA LA ATENCIÓN DE CONSULTAS, RECLAMOS Y SUGERENCIAS DE LOS USUARIOS EXTERNOS 2022

OBJETIVO ESPECÍFICO	ACTIVIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	MESES												RESPONSABLE	META ANUAL		
			ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC				
1. Fortalecer el funcionamiento Plataforma de Atención al Usuario en Salud del HMA	1.1. Renovación del requerimiento de adecuación y ampliación de la PAUS2021 1.2. Capacitación al personal PAUS en la atención de en Atención de Consultas, Reclamos y felicitaciones de la Usuarios Externos, y otros relacionados con la atención 1.3. difusión dentro de ferretaciones en salud y de los deberes y derechos de los usuarios en salud	memos/ nota informativa LISTA DE ASISTENCIA /INFORME memos, infografías	x			x											OGC/DG	1
	1.4. Gestión para la implementación de la plataforma SET1 reclamos.	REPORTE			x		x	x	x	x	x					x	OGC/OE1	3
	2.1. Monitoreo de indicadores de la directiva PAUS	ACTA MEMO											x				OGC	3
	2.2. Reuniones de retroalimentación con el personal PAUS para trabajar soluciones a los reclamos	ACTA MEMO				x								x			OGC	3
3. Gestionar y monitorear la atención de los reclamos interpuestos por el usuario externo	2.3. Consolidado de atención de consultas y reclamos de los usuarios externos (mensual).	Reporte	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	OGC	12
	2.4. Aplicación y analisis de autodiagnostico PAUS	Informe													x		OGC	1
Gestionar la atención de denuncias y solicitudes de información trasladadas por la Autoridad Nacional en salud.	3.1. Apoyo en la elaboración de respuestas y descargos a SUSALUD	oficio/informe	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	OGC	2
	3.2. Apoyo en la elaboración de respuestas y descargos a MINSAD/DIRIS	oficio/informe	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	OGC	100.00%
	3.3. Apoyo en la elaboración de respuestas y descargos a otros organismos nacionales (Fiscalía, Defensoría, otros)	oficio/informe	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	OGC	100.00%
TOTAL																		28



IX. PRESUPUESTO

Partida presupuestal de recursos Ordinarios u otra que considere pertinente la Oficina de Planeamiento Estratégico institucional.

a. Infraestructura. (ver detalle de sustento en 6.2, 6.6.5 y 6.6.6)

Costo aproximado para la ampliación y adecuación del espacio físico de la PAUS

Espacio	CANTIDAD m2	COSTO APROXIMADO m2	COSTO TOTAL APROXIMADO (soles)
Espacio físico actual, con necesidad de ser adecuado	7	2000	14,000
Espacio aproximado a ser ampliado	10	3000	30,000
TOTAL			44,000

b. Equipamiento. (ver detalle de sustento en 6.3, 6.5 y 6.6.6)

costo aproximado para el equipamiento de la Oficina de gestión de la calidad y espacio físico de la PAUS ampliado

TIPO	CANTIDAD REQUERIDA OGC	CANTIDAD REQUERIDA PAUS	PRESUPUESTO ESTIMADO UNIDAD	COSTO TOTAL APROXIMADO (soles)
COMPUTADORAS (CPU)	03	03	3000	18,000
MONITORES DE COMPUTO	03	03		
ESTABILIZADORES DE VOLTAJE ELECTRICIDAD PARA EQUIPO DE COMPUTO	06	03	200	1,800
LAPTOP	01	-	3500	3500
MOUSE	05	03	20	160
TECLADO DE COMPUTO	03	03	50	300
AIRE ACODICIONADO	-	01	2000	2000
TOTAL				25,760

c. Mobiliario (ver detalle de sustento en 6.4, 6.5 y 6.6.6).

TIPO	CANTIDAD REQUERIDA OGC	CANTIDAD REQUERIDA PAUS	PRESUPUESTO ESTIMADO UNIDAD	COSTO TOTAL APROXIMADO (SOLES)
MODULO DE TRABAJO DE MELAMINE PARA 01 PERSONA	04	04	350	2,800
ARMARIO LIBRERO ARCHIVADOR DE MELAMINE	02	02	700	2,800
SILLAS ERGONOMICAS PARA OFICINA	07	03	500	5,000
TOTAL				10,600

d. Materiales para la atención y difusión (ver detalle sustento en 6.6.5 y 6.6.6)

MATERIAL	CANTIDAD	COSTO UNITARIO APROXIMADO	COSTO TOTAL APROXIMADO (SOLES)
Tripticos informativos sobre derechos, deberes en salud y atención HMA	4000	1	4000
afiches sobre libro de felicitaciones en salud y atención HMA	5	200	1000
Libro de reclamaciones en salud y felicitaciones en salud	10	170	1700
Chalecos tipo periodista	16	60	960
TOTAL			7,660

Monto Total infraestructura, equipamiento, mobiliario, materiales para la atención y difusión de la Oficina de Gestión de la Calidad: S/. 88,020.



