

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL CAYETANO HEREDIA
EL PRESENTE DOCUMENTO ES COPIA
"FIEL DEL ORIGINAL"

14 MAY 2013

EMILIANO ELIAS SUAREZ GUISPE
DIRECTOR ADMINISTRATIVO
HOSPITAL NACIONAL CAYETANO HEREDIA



RESOLUCIÓN DIRECTORAL

Lima, 14 de Mayo de 2013

VISTO:

El expediente N° 22850 - 2012, con el Oficio N° 161-OGC-2012-HNCH, de la Oficina de Gestión de la Calidad, con el proyecto de la Directiva Sanitaria Para la Implementación de Guías en los Servicios Asistenciales del Hospital Nacional Cayetano Heredia; y,

CONSIDERANDO:

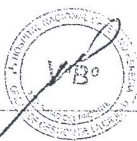
Que, mediante el Informe N° 161-OGC-2012-HNCH, de la oficina Gestión de la Calidad remite el proyecto Directiva Sanitaria Para la Implementación de Guías en los Servicios Asistenciales del Hospital Nacional Cayetano Heredia;

Que, el artículo 36° del Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo , aprobado por Decreto Supremo N° 013-2006, dispone que los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo deben evaluar continuamente la calidad de atención de salud que brindan, con la finalidad de identificar y corregir las deficiencias que afectan el proceso de atención y que eventualmente generan riesgos o eventos adversos en la salud de los usuarios;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, de fecha 30 de mayo de 2006, se aprobó el Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud", el mismo que contiene los principios, normas, metodologías y procesos para la implementación del sistema de Gestión de la Calidad en Salud, orientándolo a obtener resultados para la mejora de la calidad de atención en los servicios de salud;

Que, por Resolución Directoral N° 127-2008-SA-HCH/DG del 12 de mayo de 2008, se aprobó la Directiva Sanitaria N° 001-HCH/OGC-V.01 Directiva Sanitaria, para la Elaboración de Guías de Procedimientos Asistenciales, siendo necesaria su actualización a fin de fortalecer y ordenar de mejor manera la producción normativa en los diferentes Departamentos y Servicios del Hospital Nacional Cayetano Heredia;


Que, con la Resolución Ministerial N° 422-2005 aprobó la Norma Técnica N° 027-MINSA/DGSP-V.01 Norma Técnica para la Elaboración de Guías de Práctica Clínica, establece la metodología para su desarrollo, el ámbito de aplicación, las responsabilidades en su difusión e implementación, entre otros aspectos, teniendo como finalidad estandarizar la elaboración de Guías de Práctica Clínica, de acuerdo a los criterios internacionalmente aceptados que respondan a las prioridades sanitarias nacionales y/o regionales, buscando el máximo beneficio y mínimo riesgo a los usuarios, y el uso racional de recursos en las instituciones del Sector Salud, cuyo objetivo es establecer el marco normativo para la elaboración de las Guías de Práctica Clínica en el Sector Salud;




MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL CAYETANO HEREDIA
EL PRESENTE DOCUMENTO ES COPIA
"FIEL DEL ORIGINAL."

14 MAY 2013


EMILIANO ELIAS SUAREZ QUIROGA
ASISTENTE ADMINISTRATIVO
REGISTARIO TITULAR
TRAMITE INTERNO



Que, mediante Resolución Ministerial N° 526-2011/MINSA, del 11 de julio, se aprobó las Norma para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud, la cual tiene como objetivo establecer disposiciones relacionadas con los procesos de planificación, formulación o actualización, aprobación, difusión, implementación y evaluación de los documentos Normativos, así como estandarizar los elementos conceptuales, estructurales y metodológicos más relevantes, del mismo modo como, establecer la aplicación de procesos transparentes y explícitos para la emisión de los documentos normativos, también para brindar a las instancias reguladoras del Ministerio de Salud una herramienta que facilite el desarrollo de las funciones normativas;



Que, el Literal f) del artículo 3° del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional Cayetano Heredia, aprobado con Resolución Ministerial N° 216-2007/MINSA, establece como una de las funciones generales del Hospital mejorar continuamente la calidad, productividad, eficiencia y eficacia de la atención a la salud, estableciendo las normas y los parámetros necesarios, así como generando una cultura organizacional con valores y actitudes hacia la satisfacción de las necesidades y expectativas del paciente y su entorno familiar. Así mismo el artículo 11° inciso f) señala que la Oficina de Gestión de la Calidad tiene asignada como una de sus funciones asesorar en la formulación de normas, guías de atención y procedimientos de atención al paciente;



Que, Atendiendo a los fundamentos expuestos, resulta necesario actualizar las normas para la elaboración de Guías en los Servicios Asistenciales del Hospital Nacional Cayetano Heredia, para lo cual debe expedirse para aprobar el proyecto de la Directiva Sanitaria la resolución directoral correspondiente;

Estando a lo solicitado por el Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad, y a lo opinado por la Oficina de Asesoría Jurídica mediante Informe N° 316-2013-OAJ-HNCH;

Con la visación del Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad, y del Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica; y,

De conformidad con las facultades previstas en el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional Cayetano Heredia, aprobado por Resolución Ministerial N° 216-2007/MINSA;

SE RESUELVE:

Artículo Primero.- Aprobar la Directiva Sanitaria N° 002-DG/OGC/HNCH 2013-V.02 Para la Implementación de Guías en los Servicios Asistenciales del Hospital Nacional Cayetano Heredia, el cual se adjunta con sus anexos y forman parte de la presente Resolución.

Artículo Segundo.- Encargar al Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad, el seguimiento, evaluación y aplicación de la presente Directiva Sanitaria en el Hospital Nacional Cayetano Heredia.



RESOLUCIÓN DIRECTORAL

Lima, 14 de Mayo de 2013

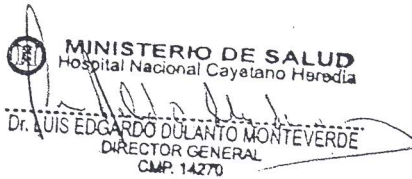


Artículo Tercero. - Dejar sin efecto la Resolución Directoral N° 127-2008-SA-HCH/DG.

Artículo Cuarto. - Disponer que el Jefe de la Oficina de Comunicaciones efectuó la publicación de la presente Resolución en la página web del Hospital.

Regístrese y Comuníquese.




MINISTERIO DE SALUD
Hospital Nacional Cayetano Heredia
Dr. LUIS EDGARDO DULANTO MONTEVERDE
DIRECTOR GENERAL
CMP. 14270

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL CAYETANO HEREDIA
EL PRESENTE DOCUMENTO ES COPIA
"FIEL DEL ORIGINAL"

14 MAY 2013


EMILIANO ELÍAS SUÁREZ GUI SPE
ASISTENTE ADMINISTRATIVO
PROBATORIO TITULAR
DIRECCIÓN DE INFORMACIÓN

**DIRECTIVA SANITARIA N° 002- DG/ OGC/ HNCH 2013-V02
PARA LA IMPLEMENTACION DE GUÍAS EN LOS
SERVICIOS ASISTENCIALES DEL HOSPITAL
NACIONAL CAYETANO HEREDIA**

I.- FINALIDAD:

Contribuir en la estandarización de los procesos de atención en los servicios de salud, a través de la aplicación de las guías.

II.- OBJETIVO

- 1.- Lograr la adherencia del personal asistencial a la Guías de Practica Clínica en la atención del paciente.
- 2.- Lograr la adherencia del personal a las Guías de procedimientos asistenciales en la atención del paciente.
- 3.- Lograr la adherencia del personal de enfermería a la Guías de intervención de enfermería

III.- ÁMBITO DE APLICACIÓN

La directiva sanitaria será aplicada en todas las unidades orgánicas asistenciales del Hospital Nacional Cayetano Heredia.

IV.- BASE LEGAL

- Resolución Ministerial N° 422-2005: Norma Técnica N° 027-MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica para La Elaboración de Guías de Practica Clínica.
- Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA "Normas para La Elaboración de documentos normativos Del Ministerio de Salud" 11 de Julio 2011.
- Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA: " 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 Directoral N° 127-2008-SA-HCH/DG "Directiva Sanitaria para la Elaboración de Guías de Procedimientos Asistenciales ".
- Resolución Ministerial N° 996-2005/MINSA "Compendio de Guías de Intervención de Enfermería en Emergencias y Desastres ".
- Resolución Ministerial N° 216 -2007 /MINSA "Aprueban el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Cayetano Heredia."

V.- DISPOSICIONES GENERALES

Definiciones operativas:

Implementación de guía asistencial

Es un conjunto de actividades, que permiten aplicar recomendaciones y pautas establecidas en las guías de atención, con la finalidad de homogenizar criterios para el diagnostico y manejo de los problemas de salud.

4



Guías de Práctica Clínica / Guías de Procedimientos Asistencial

Son recomendaciones desarrolladas sistemáticamente acerca de un problema clínico específico para asistir tanto al personal de salud como a los pacientes en el proceso de toma de decisiones para una apropiada y oportuna atención a la salud.

Guías de Intervención de Enfermería

Son recomendaciones desarrolladas sistemáticamente que permiten organizar el proceso de atención de enfermería aplicado a pacientes que presentan problemas reales, potenciales y probables, de acuerdo a la patología común o de mayor incidencia en los servicios. Estas guías permiten al personal profesional apoyarse en este instrumento, para facilitar su práctica, mejorar la calidad del cuidado y el desempeño de los servicios de enfermería. (Resolución Ministerial N° 996-2005/MINSA).

Adherencia del personal a la Guía de Práctica Clínica O Guía de Procedimiento Asistencial

Es el indicador, que se define por el número de personas que siguen las recomendaciones de la guía para una determinada patología en relación al total de personas involucradas en la aplicación de la guías, en un periodo determinado.

VI.- DISPOSICIONES ESPECÍFICAS

Para implementar una guía asistencial en los servicios asistenciales se recomienda seguir los siguientes pasos:

1. Conformar un Equipo para la implementación de la guía.
2. Planificar la implementación de la guía.
3. Ejecutar la implementación
4. Supervisar la implementación
5. autoevaluar la implementación
6. Retroalimentar los resultados

1.- Conformar un Equipo para la Implementación de la Guía

El equipo será conformado por tres integrantes del servicio o especialidad donde se implementará la guía. Debe elegirse un coordinador, siendo recomendable que el jefe del servicio asuma este cargo.

Los equipos conformados deben ser reconocidos oficialmente por la jefatura del departamento Asistencial y registrará sus acuerdos en un libro de actas.

2.- Planificar la implementación de la guía:

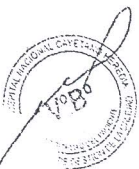
1. Seleccionar la guía a implementar:

El equipo de implementación de la guía de un servicio o especialidades es el encargado de seleccionar la guía a implementarse. Es requisito indispensable que la guía tenga una vigencia no mayor de 02 años y cuente con su respectiva Resolución Directoral.

2. Elaborar un plan de implementación:

El equipo de la implementación de la guía es el responsable de elaborar el plan de implementación. El plan debe incorporar las actividades o tareas a realizar, los responsables y tiempos para su ejecución.

(A)



Actividades o tareas del plan de implementación que debe realizar el equipo de implementación de la guía:

- **Difusión de la Guía:** Entregar copia física o por medio magnético de la guía a cada uno de los involucrados en el proceso de aplicación de la guía.
- **Capacitación y Sensibilización al personal del servicio:** Realizar reuniones de trabajo para reconocer e interpretar el contenido de la guía.
- **Elaboración de la lista de chequeo:** Para la elaboración de lista de chequeo de las guías de práctica clínica se recomienda que los criterios a evaluar sean verificables a través de la historia clínica y para la elaboración de lista de chequeo para las guías de procedimientos asistenciales se recomienda que los criterios sean verificables a través de la observación.
- **Disponibilidad de la guía en puntos de uso:** Asegurar que las guías de atención se encuentren disponibles en los puntos de uso.
- **Definir la fecha de inicio de la implementación propiamente dicha.**

3. Ejecutar la implementación:

El equipo de la implementación de la guía del servicio desarrolla las actividades del plan de implementación.

4.- Supervisar la implementación:

El equipo de la implementación de la guía del servicio supervisa que el personal del servicio o especialidad cumpla con aplicar la guía.

5.- Autoevaluar la implementación

El equipo de la implementación de la guía del servicio o especialidad debe evaluar periódicamente la adherencia del personal a la aplicación de la guía mediante la lista de chequeo.

6.- Retroalimentar los resultados

El equipo de la implementación de la guía del servicio o especialidad debe convocar reuniones de trabajo para análisis y discusión de resultados e implementar nuevas acciones correctivas, orientadas a mejorar la adherencia a la aplicación de la guía.

VII.- RESPONSABILIDADES

Para implementar las guías clínica es necesario definir los niveles de responsabilidad:

1. El Jefe de Departamento es el responsable de informar periódicamente a la Dirección General sobre el avance de guías implementadas en los servicios del departamento a su cargo.
2. El Jefe de Departamento es el responsable de revisar las guías elaboradas, en los servicios de su departamento y remitirlas a la Dirección General para su respectiva aprobación con Resolución Directoral.



3. El Jefe de departamento es el responsable de comunicar a la Oficina de Gestión de Calidad sobre las guías que han seguido el proceso de implementación y deben ser auditadas.
4. El Jefe del servicio es el responsable de conformar el equipo que implementará la guía.
5. El equipo designado para la implementación de la guía será el responsable de:
 - Seleccionar las guías que deben implementarse en el servicio o especialidad.
 - Elaborar el plan de Implementación.
 - Ejecutar las actividades o tareas del plan de implementación
 - Supervisar la implementación de la guía.
 - Elaborar la lista de chequeo para la autoevaluación.
 - Realizar la autoevaluación periódica de la implementación.
 - Retroalimentar los resultados para su discusión y análisis en reuniones de trabajo con los otros miembros del servicio o especialidad.
 - Informar a la jefatura del Departamento respecto a la implementación de la guía.
6. El monitoreo del proceso de implementación de las guías en los servicios asistenciales será responsabilidad de la jefatura de la Oficina de Gestión de Calidad.
7. El equipo de la Oficina de Gestión de la Calidad será la responsable de realizar las auditorías de las guías implementadas e informar a las instancias correspondientes los resultados.

VIII.- DISPOSICIONES FINALES

8.1 Los formatos de la lista de chequeo de la autoevaluación de la guía implementada serán archivados en el servicio o especialidad.

8.2 Los indicadores de seguimiento son:

8.2.1 Porcentaje de guías implementadas en un determinado periodo.

- $\text{N}^\circ \text{ de guías implementadas en un determinado periodo} / \text{Total de guías aprobadas con R.D. en el departamento asistencial.}$

8.2.2 Porcentaje de adherencia a las guías de práctica clínica

- Se denominará guía de práctica clínica implementada cuando el porcentaje de adherencia a la guía es mayor al 80%.
- $\text{N}^\circ \text{ de personas que siguen las recomendaciones de la guía para una determinada patología} / \text{Total de personas involucradas en la aplicación de la guía, en un periodo determinado.}$

8.2.3 Porcentaje de adherencia a la guía de procedimientos asistenciales.

- Se denominará guía de procedimiento asistencial implementada cuando el porcentaje de adherencia a la guía es mayor al 80%.
- $\text{N}^\circ \text{ de personal que aplican correctamente la guía de procedimiento en un periodo determinado} / \text{Total de personas del servicio observado en el mismo periodo determinado.}$

8.2.4 Porcentaje de adherencia a la guía de intervención de enfermería

- Se denominará guía de intervención de enfermería implementada cuando el porcentaje de adherencia a la guía es mayor al 80%.
- $\text{N}^\circ \text{ de personal que aplican correctamente la guía de intervención de enfermería en un periodo determinado} / \text{Total de personas del servicio observado en el mismo periodo determinado.}$



8.3 En la elaboración de la lista de chequeo para las guías de práctica clínica se recomienda considerar un número de 8 a 10 criterios relacionados con los contenidos en la guía y verificable a través de la historia clínica.

8.4 En la elaboración de la lista de chequeo para las guías de procedimientos asistenciales se recomienda considerar un número de 8 a 10 criterios verificables a través de la observación.

8.5 En la elaboración de la lista de chequeo para las guías de intervención de enfermería se recomienda considerar un número de 8 a 10 criterios relacionados con los contenidos de la guía y verificable a través de la historia clínica.

IX.- ANEXOS

Formato de Lista de Chequeo

Servicio o especialidad.....
 Guía.....
 Fecha
 Historia Clínica.....

ASPECTOS A EVALUAR /CRITERIOS DE AUDITORIA	CUMPLE		NO APLICA	OBSERVACIONES
	SI	NO		
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				

.....
 FIRMA Y SELLO DEL PERSONAL
 QUE APLICO LA LISTA DE CHEQUEO

