



HOSPITAL
Carlos Lanfranco La Hoz

N° 06-04/2022-DE-HCLLH/MINSA



Resolución Directoral

Puente Piedra, 21 de abril de 2022.

VISTO:

El registro N° 00002468, que contiene el Proveído N° 060-04-2022-OPE-HCLLH/MINSA, que adjunta el Informe N° 045-03/2022-EP-OPE-HCLLH, de fecha 31 de marzo de 2022, emitido por el Coordinador del Equipo de Planeamiento de la Oficina de Planeamiento Estratégico del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz (HCLLH), mediante el cual emite opinión favorable al presente Plan de Trabajo del Equipo de Información de la Calidad del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz; y el Informe Legal N° 131-2022-AJ-HCLLH/MINSA; y

CONSIDERANDO

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

Que mediante Resolución Ministerial N° 095-2012/MINSA, se aprueba la "Guía Técnica para la Elaboración de Proyectos de Mejora y Aplicación de Técnicas y Herramientas para la Gestión de la Calidad", a fin de contribuir a la implementación del sistema de gestión de la calidad en salud y sus actividades dirigidas a la mejora continua de los procesos a través de la aplicación de técnicas y herramientas para la gestión de la calidad;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 502-2016/MINSA, se aprueba la NTS N° 029-MINSA/DIGEPRES-V.02 "Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de la Atención de Salud", cuya finalidad es contribuir a mejorar la calidad de atención en todos los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo del sector de salud;

Que, mediante la Resolución Directoral N° 219-12/2020-HCLLH/SA, que aprueba la Directiva Administrativa N° 009-HCLLH-2020/OPE "Directiva para la Elaboración de Planes de Trabajo y Planes de Acción V.01 del HCLLH, que tiene como finalidad lograr sistematizar la elaboración de los planes de trabajo, que se encuentren establecidos de acuerdo a las normas vigentes, para fortalecer las actividades, reducir las debilidades orientándose al sentido de la planificación y organización;



//...

Que, en atención al documento, Memorandum N° 184-03/2022-UGC-HCLLH/MINSA emitido por la Jefa de la Unidad de Gestión de la Calidad, solicita Revisión, Aprobación del "Plan de Trabajo del Equipo de Información de la Calidad del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz";

Que, mediante el Informe N° 045-03/2022-EP-OPE-HCLLH, el Coordinador Equipo de Planeamiento del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, emite opinión favorable al Plan de Trabajo del Equipo de Información de la Calidad del HCLLH";

Que, resulta necesario aprobar el Plan de Trabajo del Equipo de Información de la Calidad del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz", tiene como objetivo general conocer y mejorar la situación de los productos de la información para la calidad de atención en los servicios asistenciales y administrativos al ser componente en el sistema de la gestión de la calidad;

Con el visto bueno del Jefe de la Oficina de Administración, Jefe de la Oficina de Planeamiento Estratégico, Jefe de la Unidad de Gestión de la Calidad y Asesoría Legal del "Hospital Carlos Lanfranco la Hoz;

Que, en uso de las facultades conferidas por el artículo 8° literal c) del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz aprobado mediante Resolución Ministerial N° 463-2010-MINSA;


SE RESUELVE:

ARTÍCULO 1°.- APROBAR, el Plan de Trabajo del Equipo de Información de la Calidad del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, que consta de diez (10) folios, que en documento se adjunta y forma parte integrante de la presente Resolución.

ARTÍCULO 2°.- ENCARGAR, a la Unidad de Gestión de la Calidad del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, efectuar la supervisión y cumplimiento del Plan de Trabajo aprobado mediante la presente Resolución.

ARTÍCULO 3°.- ENCARGAR al Responsable de la Administración y actualización del Portal de Transparencia Estándar efectuar la publicación de la presente Resolución en la Página Web del Hospital Carlos Lanfranco la Hoz.

REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE


J. F. N. Torres
MC. Jorge Fernando Ruiz Torres
C.M.P. 34027 R.N.E. 27994
DIRECTOR EJECUTIVO HCLLH

JFRT/JMLC/MMRV/EER/EPM

Cc.

- Oficina de Administración
- Oficina de Planeamiento Estratégico
- Unidad de Gestión a la Calidad.
- Asesoría Legal
- Archivo.

HOSPITAL "CARLOS LANFRANCO LA HOZ"
CERTIFICA Que la presente copia fotostática es exactamente igual al documento original que he tenido a la vista y que fue devuelto en este mismo acto al interesado.

PUENTE PIEDRA, **25 ABR. 2022**

Carmen Yessica Elias Rodriguez
FEDATARIO TITULAR
R.D. N° 163 - 10 / 2020 - HCLLH / SA

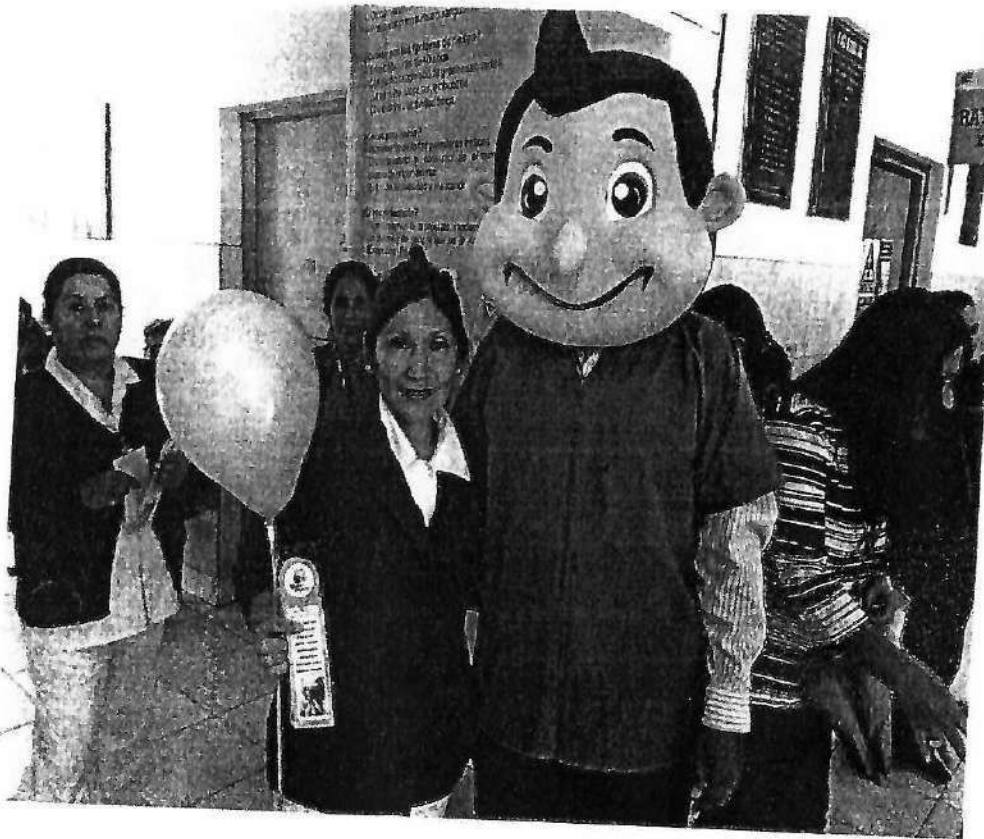


PERÚ

Ministerio
de Salud

Dirección de Salud Lima Norte
Hospital Carlos Lanfranco La Hoz

UNIDAD EJECUTORA: 036 HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ



PLAN DE TRABAJO

DEL EQUIPO DE INFORMACION DE LA CALIDAD

- MEDICION DE SATISFACION DEL USUARIO
- MEDICION DEL TIEMPO DE ESPERA
- CAPACIDAD DE RESPUESTA
- SENSIBILIZACION Y HUMANIZACION AL PERSONAL 276, 1057 Y TERCEROS

2,022



INDICE

	Pág.
I. Introducción	3
II. Finalidad.....	3
III. Objetivo General.....	4
IV. Base Legal	5
V. Ámbito de Aplicación	6
VI. Organigrama Funcional.....	6
VII. Recursos.....	7
VIII. Contenido del Plan y/o Actividad.....	7
IX. Estrategias.....	8
X. Indicadores.....	9
XI. Responsabilidades.....	9
XII. Programación de Actividades.....	10
XIII. Anexos.....	11





PLAN ANUAL DE TRABAJO

AREA DE INFORMACION PARA LA CALIDAD

I. INTRODUCCION

El Hospital Carlos Lanfranco la Hoz; es un establecimiento de nivel II-2 de mediana complejidad, que brinda atención especializada en las diversas especialidades médicas comprendidas en la cartera de servicios aprobado mediante Resolución Directoral N° 479-2019-MINSA/DIRIS-LN/1 por Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Norte y se viene realizando diversas estrategia para mejorar la atención de salud con calidad y calidez.

El Unidad de Gestión de la Calidad, tiene el encargo funcional de concientizar las buenas prácticas de atención con calidad siendo su razón de SER la práctica de valores como: el Respeto, la Amabilidad y la Empatía entre nosotros mismos. Uno de los retos del Equipo de Información para la Calidad es constituir mayor exigencia organizacional y ética al Profesional Médico, No Medico y de todos los servidores de la entidad, quienes estamos comprometidos en lograr una adecuada calidad de atención.

Es necesario difundir, que no hay nada más importante en el mundo y para el individuo **SER HUMANO Y EL SER MAS HUMANOS**; es lograr una buena comunicación con respeto, trato equitativo y digno.

El presente plan de actividades del Equipo de Información de la Calidad, tiene el objetivo de analizar información real sobre los nudos críticos de la satisfacción del usuario externo y interno, sobre la medición del tiempo de espera, la capacidad de respuesta y el compromiso de fomentar la sensibilización y humanización de los servidores asistenciales y administrativos a través de Talleres y Charlas de Capacitación dirigido al personal que brinde el primer contacto directo con los usuarios externos, de esta manera lograr reducir la problemática que genera insatisfacción de los pacientes.

II. FINALIDAD:

El Equipo de Información para la Calidad, a cargo de la Unidad de Calidad tiene la labor importante de impulsar la Humanización de la Salud y el Buen Trato al Paciente con una atención de salud con calidad en los servicios asistenciales y administrativos promoviendo valores, derechos, deberes y la ética.

En este contexto, el Equipo de Información para la Calidad se ha propuesto para el periodo 2022:

- ✓ Organizar cada proceso de la satisfacción del usuario externo y estudios de medición del tiempo de espera con el apoyo valioso del personal asistencial y administrativo de forma activa.





- ✓ Coordinar con las Jefaturas y responsable de los diferentes servicios, sobre los resultados y referente al grado de satisfacción y insatisfacción del usuario, difundir los resultados de los registros de datos, resultados de las encuestas de satisfacción del usuario del informe SERVQUAL y medición de tiempo de espera.
- ✓ Proponer actividades de sensibilización y humanización de la salud al personal focalizado que brinda el contacto y trato al usuario externo.

En la primera fase del 1er. Semestre, se realizará la difusión de las herramientas y técnicas que articulará el proceso de la gestión y proceso de la información en los servicios de salud; Caja de Emergencia y Consultorios Externos, Admisión Emergencia, Ventanillas Únicas, SIS, Farmacia, Laboratorio y al Personal del Servicio de Seguridad y Vigilancia siendo estos últimos aquellos que realizan el primer contacto con los usuarios antes de la consulta médica y no médica, la continuación de tratamiento.

En la segunda fase del segundo semestre, la aplicación de los estándares y procedimientos definidos aplicados en los servicios de observación y nudos críticos.

El presente plan de trabajo, tiene por finalidad contribuir a la Unidad y primordialmente el logro de los objetivos institucionales partiendo de la organización de los procesos técnicos que articulará de forma fluida y oportuna la atención de salud en los servicios asistenciales y administrativos, una que sean identificados, determinados e incorporados dichas disposiciones en el proceso de la mejora continua de la calidad en el HCLLH.



III. OBJETIVO GENERAL:

El objetivo general, es conocer y mejorar la situación de los procesos de la información para la calidad de atención en los servicios asistenciales y administrativos al ser un componente en el sistema de la gestión de la calidad.

Objetivo Específicos:

- ✓ Contar con los flujos de atención en Emergencia, Hospitalización, Consulta Externa de forma unificada para los pacientes COVID-19.
- ✓ Definir el proceso metodológico para la estandarización de medición de satisfacción del usuario por cada actividad en los servicios de Emergencia, Hospitalización y Consultorios Externos, teniendo en cuenta los antecedentes y normativa vigente.
- ✓ Definir el proceso metodológico para la estandarización en la medición de tiempo de espera por cada actividad en los servicios de Admisión, SIS, Farmacia, Laboratorio y Consultorios Externos.

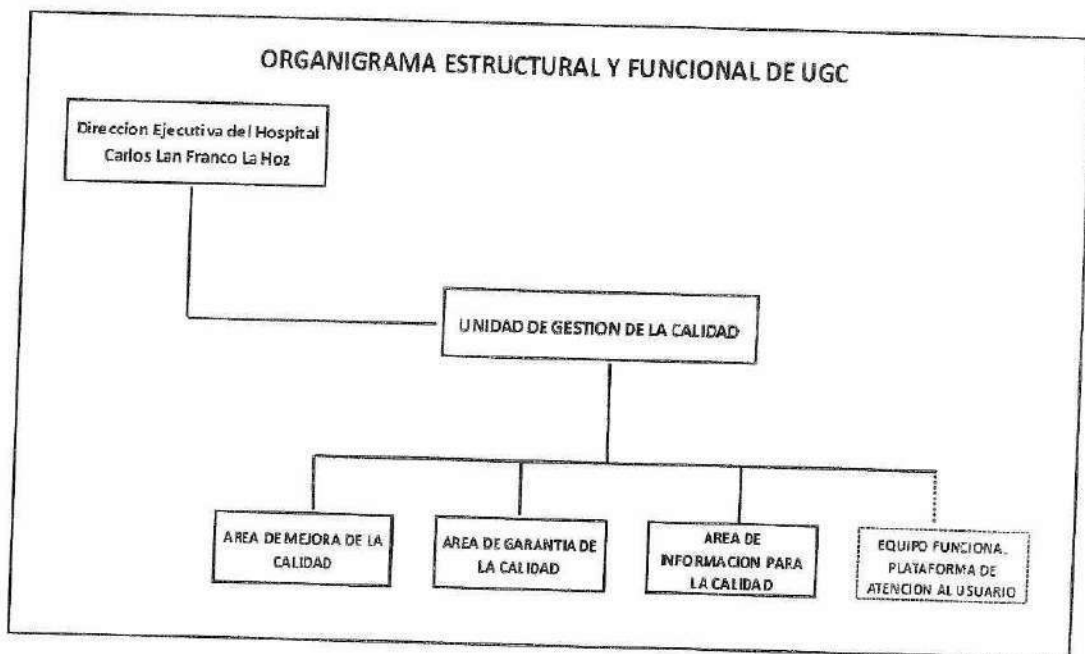


- Para su aplicación se mantendrá permanente coordinación con los jefes de los servicios asistenciales y administrativos.

VI. ORGANIGRAMA FUNCIONAL

De acuerdo al Manual de Organización y Funciones (MOF) aprobado mediante la RD N° 514-11/2012-DE-HCLLH/SA y dentro de la estructura orgánica y estructural de la entidad se considera a la UGC dentro de los Órganos de Asesoría: e) Unidad de Gestión de la Calidad.- Es la unidad orgánica de asesoría que depende de la Dirección Ejecutiva y está encargada de implementar el sistema de gestión de la calidad en el hospital así como promover la mejora continua la atención asistencial y administrativa del paciente, con la participación activa del personal.

GRAFICA N° 01



VII. RECURSOS

Recursos Humanos.- El equipo de trabajo de Información para la Calidad dispone de (01) personal nombrado administrativo y requiere el apoyo y/o contratación de un personal profesional para los eventos de socialización, humanización de ser factible que adquiera el perfil profesional en sociología o psicología.

Recursos Financieros.- Se cuenta con una asignación financiera articulada en la Acciones Centrales del EFP y Presupuestal.



- ✓ Determinar las técnicas y herramientas a ser utilizadas en el análisis de estudios de tiempo y satisfacción que evidencien los nudos críticos en los servicios de salud de forma objetiva.
- ✓ Implementar documentos técnicos que permita evaluar y analizar la capacidad de respuesta al usuario externo según complejidad de atención del usuario externo.

IV. BASE LEGAL:

- Ley N° 26842 "Ley General de Salud".
- Ley N° 27657 "Ley del Ministerio de Salud".
- Ley N° 27658 "Ley Marco de la Modernización de la Gestión del Estado".
- Ley N° 29414 "Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud".
- Ley N° 30224 "Ley que crea el Sistema Nacional para la Calidad y el Instituto Nacional de Calidad".
- Decreto de Urgencia N° 017-2019, el cual establece la Cobertura Universal de Salud
- DS N° 008-2017-SA-MINSA, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud y Reglamento de Organización y Funciones, modificado por DS N° 011-2017-SA.
- Decreto Supremo N° 013-2006-SA, que aprueba el Reglamento de Establecimientos y Servicios Médicos de Apoyo.
- Decreto Supremo N°027-2015-SA, Reglamento de la Ley N° 29414 establece los Derechos de la Personas Usuarias de los Servicios de Salud.
- Decreto Supremo N° 001-2022-SA, Define los indicadores de desempeño, compromisos de mejora de los servicios a cumplir en el año 2022 y los criterios técnicos para su aplicación e implementación.
- Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA - Sistema de Gestión de la Calidad en Salud.
- Resolución Ministerial N° 596-2007/MINSA - Plan Nacional de Gestión de la Calidad en Salud.
- Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA - Política Nacional de Calidad en Salud.
- Resolución Ministerial N° 502-2016/MINSA – NTS "Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud".
- RM N° 104-2021/MINSA - Directiva Administrativa N° 303-MINSA/2021/DGOS – Directiva Administrativa que regula los aspectos metodológicos para la evaluación del cumplimiento de los indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios en salud, al año 2020, para la entrega económica establecida en el artículo 15 del Decreto Legislativo N° 1153".
- RM N° 105-2021/MINSA - Directiva 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 de los servicios en salud, alcanzados en el año 2021, para la entrega económica establecida en el artículo 15 del Decreto Legislativo N° 1153"



V. AMBITO DE APLICACION:

- El presente Plan se llevará a cabo en el periodo 2022 en los servicios asistenciales y administrativos del Hospital y Sede Administrativa según cronograma de actividades.



Recursos de Equipos y Materiales de Oficina.- Actualmente se cuenta con una Laptop TOSHIBA Satéllite color negro en calidad de préstamo y no se encuentra al 100% operativa por fallas en el teclado. El área de Información para la Calidad requiere (01) Laptop nueva para el desarrollo de las actividades establecidas en el plan, (01) Impresora Multifuncional y (04) Tóner para impresora y además Útiles de Oficina: Hojas Bond A/4 (06 millares) y A/3 (500 und.) para la impresión de los trabajos encomendados y programados en el área.

VIII. CONTENIDO DEL PLAN DE ACTIVIDAD:

En este aspecto se advierte la implementación de aspectos metodológicos y procedimientos que permitan determinar el análisis del estudio de tiempo de espera y el análisis de satisfacción del usuario, asimismo contar con el diagnóstico situacional de los flujos y procesos en los servicios de salud por niveles de atención.

Para la evaluación del tiempo de espera y satisfacción de usuarios externo, es necesario contar previamente con instrumentos concretos para determinar la línea de base de los indicadores que será el producto de un estudio, en resumen un conjunto de variables y/o indicadores asociados directamente a los objetivos institucionales articulados con los ejes de acción del SGC planteados en el plan de la unidad.

Análisis de la Situación Actual del Área.-

Contar con la información adecuada y deseada para el análisis de la calidad sería un instrumento valioso para la investigación, administración y planeación de la calidad; que aportaría en la toma de decisiones de la entidad y los servicios de salud.

En tanto, no se cuenta con las herramientas técnicas que estandarice los procedimientos para la obtención de la información que sustente los indicadores; por ello es planteo algunas estrategias para entender, valorar y reflexionar el valor hombre – productividad que cada recurso humano para lograr una medición y los resultados de la misma.

Se ha tomado conocimiento que durante la emergencia sanitaria periodo 2020 y 2021 no fueron actualizados la información de satisfacción de usuario y medición de tiempo de espera. Solo se cuenta con información del último trimestre del periodo 2021 octubre, noviembre y diciembre; donde se logró la recopilación de encuestas de satisfacción al usuario (expectativas y percepciones) no se apertura las consultas externas por pandemia COVID-19 y se viene atendiendo por Tele consultas.

La satisfacción del usuario constituye una de las variables más importantes en la evaluación de la calidad en cualquier establecimiento de salud y se busca que el usuario logre una satisfacción plena. El usuario externo llega con la expectativa de encontrar satisfacer sus necesidades mediante el servicio que se le brinda, que pueda incluir una adecuada atención, con buen trato y primordialmente oportuno.





En ese sentido, el equipo de información para la calidad busca garantizar la calidad de atención partiendo del levantamiento de información y regulación de las herramientas de medición y satisfacción en los niveles de atención que permita a cada servicio contar con su línea basal e implemente las acciones correspondientes para la mejora de sus procesos.

Organización.-

El equipo de Información de la Calidad, actualmente tiene a (01) servidor nombrado administrativo y no cuenta con un personal de apoyo que permita realizar las actividades y recopilación de información que se requiere recabar para el análisis del caso que redunden en la toma de decisiones técnicas de los procesos asistenciales y administrativos por ello sustenta la necesidad de un recurso humano.

IX. ESTRATEGIAS:

El equipo de Información para la Calidad dentro de sus estrategias realizará la coordinación permanente con los responsables de los equipos y áreas funcionales de la unidad.

El equipo de información tendrá participación activa en la difusión de la línea conceptual de la gestión de calidad dirigido a los directivos de la entidad y los distintos niveles de la organización para la sensibilización y humanización del personal, impulsando el compromiso a favor de la información y gestión de la calidad.

La unidad en su conjunto, tiene la responsabilidad de estandarizar la aplicación de métodos y flujos del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud en los servicios asistenciales y administrativos con la participación activa y trabajo en equipo de todo el personal de salud

El equipo de información implementará las herramientas y procedimientos necesarios para reducir el tiempo de espera y mejorar la satisfacción del usuario en los servicios de salud en un corto y mediano plazo, por la mejora continua y la atención oportuna y de calidad del usuario.

X. INDICADORES:

Se estima que el nivel esperado o grado de cumplimiento (porcentual) logre los resultados dentro del rango en la reducción de tiempo de espera y satisfacción del usuario, de acuerdo a las experiencias similares se predetermina estos niveles a ser alcanzado hasta la implementación de los criterios de programación, a continuación se adjunta cuadro actividades por indicadores representado para el ejercicio 2022.





CUADRO N° 02

ACTIVIDAD	INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR	FRECUENCIA	NIVEL % ESPERADO
SATISFACCION DEL USUARIO	Porcentaje de Usuarios Satisfechos con atención en emergencia	$\frac{\text{Número de Usuarios Encuestados que resulten satisfechos o muy satisfechos en el Servicio de Emergencia} \times 100}{\text{Número de Usuarios Encuestados}}$	Semestral	80%
	Porcentaje de Usuarios Satisfechos con atención en Hospitalización	$\frac{\text{Número de Usuarios Encuestados que resulten satisfechos o muy satisfechos en el Servicio de Hospitalización} \times 100}{\text{Número de Usuarios Encuestados}}$	Semestral	80%
	Porcentaje de Usuarios Satisfechos con atención en Consulta Externa	$\frac{\text{Número de Usuarios Encuestados que resulten satisfechos o muy satisfechos en Consultorios Externos} \times 100}{\text{Número de Usuarios Encuestados}}$	Semestral	80%
MEDICION DEL TIEMPO DE ESPERA	Tiempo de espera para atención en consulta externa.	$\frac{\text{Suma de Tiempo Promedio transcurrido entre la hora de cita del paciente y su entrada a Consultorios Externos}}{\text{Número de Usuarios Evaluados}}$	Semestre/ Anual	70%
	Tiempo de espera para atención en el servicio de Laboratorio	$\frac{\text{Suma de Tiempo Promedio transcurrido entre la hora de cita del pacientes y su entrada al Servicio de Laboratorio}}{\text{Número de Usuarios Evaluados}}$	Semestre/ Anual	70%
	Tiempo de espera para atención en el servicio de Farmacia.	$\frac{\text{Suma de Tiempo Promedio transcurrido entre la hora de cita del paciente y su entrada al servicio de Farmacia}}{\text{Número de Usuarios Evaluados}}$	Semestre/ Anual	70%

XI. RESPONSABILIDADES

El equipo de la Información de la Calidad es responsable de las actividades contenidas en el presente plan bajo la conducción, supervisión de la Jefatura de UGC y Directivos de la entidad.



XII. PROGRAMACION DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES/TAREAS	UNIDAD MEDIDA	CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES SEMESTRAL 2022												2023	
		PRIMER SEMESTRE						SEGUNDO SEMESTRE							
		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
1 REVISION Y ACTUALIZACION DEL FLUJOGRAMA EN LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA/ HOSPITALIZACION Y CONSULTAS EXTERNAS	INFORME					X							X		
2 ANALISIS DE ESTUDIO DE TIEMPO DE ESPERA EN LOS SERVICIOS CRITICOS DE EMERGENCIA - HOSPITALIZACION Y CONSULT. EXTERNOS.	ESTUDIO		X	X	X										
3 ANALISIS DE ESTUDIO DE MEDICION DE LA SATISFACCION DEL USUARIO EN SERVICIOS CRITICOS (FARMACIA/ LABORATORIO Y C.E).	ESTUDIO		X	X	X										
4 DETERMINACION DE LINEA BASAL PARA ESTABLECER INDICADORES DE LA SATISF. DEL USUARIO.	REGISTRO					X	X	X							
5 REPORTAR EVALUACION SOBRE LOS PROCESOS ADOPTADOS Y INFORMAR RESULTADOS DEL AVANCE DE MEDICIONES	RESULTADO						X	X							
6. REPORTAR LOS AVANCES Y PROCESOS DE ACTUALIZACION DE FLUJOGRAMAS EN EMERGENCIA/ HOSPITALIZACION Y CONSULTAS EXTERNAS	INFORME						X	X							
7. REALIZAR EL SEGUIMIENTO A LOS RESULTADOS EVALUADOS DE LA EJECUCION DE MEDICION DE TIEMPO DE ESPERA Y SATISFACCION DEL USUARIO	INFORME										X	X			
8. INFORMAR ACCIONES DE REPROGRAMACION DE ACTIVIDADES Y/O MEDIDAS CORRECTIVAS	INFORME							X	X			X			
9. CONSOLIDAR Y PRESENTAR LISTADO DE NUDOS CRITICOS PARA MEJORAR LA CAPACIDAD DE RESPUESTA	LISTADO							X			X		X		
10. TALLERES DE CAPACITACION DEL BUEN TRATO AL USUARIO EXTERNO	PERSONA CAPACITADA		X											X	
11. INFORMES SEMESTRAL /ANUAL	INFORME							X							X



XIII. ANEXOS:

En este aspecto, se adjunta formatos que serán evaluados y/o reemplazados de acorde a nuestra realidad organizacional y se identifique la problemática de los servicios de salud.

- Modelo Tradicional (Normado) de Satisfacción del Usuario
- Modelo de formato no determinado para la Medición de Tiempo de Espera