



Resolución Directoral

Puente Piedra, 28 de febrero del 2022.

VISTO:

El expediente 0001361, que contiene el Proveído N° 026-02-2022-OPE-HCLLH/MINSA, emitido por la Jefa de la Oficina de Planeamiento Estratégico del HCLLH; que adjunta el Informe N° 019-02-2022-EP-OPE-HCLLH, de fecha 21 de febrero de 2022, emitido por el Coordinador Equipo de Planeamiento del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz (HCLLH), mediante el cual otorga Opinión Favorable al "Plan de Trabajo de la Unidad de Gestión de la Calidad del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz - 2022"; y el Informe Legal N° 070-2022-AL-HCLLH/MINSA;

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° 519-2006/MINSA, se aprueba el Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud" que tiene como finalidad contribuir a fortalecer los procesos de mejora continua de la calidad en salud en los establecimientos de salud y servicio médico de apoyo;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 596/2007/MINSA, se aprueba el "Plan Nacional de Gestión de la Calidad en Salud", cuyo objetivo general es mejorar continuamente la calidad de los servicios del sector salud, mediante el desarrollo de una cultura de calidad sensible a las necesidades y expectativas de los usuarios internos y externos que tengan un impacto en los resultados sanitarios;

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 ese contexto, mediante Memorandum N° 059-02-2022-UGC-HCLLH/MINSA, la Jefa de la Unidad de Gestión de la Calidad del HCLLH; presenta para su revisión y aprobación el Plan de Trabajo Anual de la Unidad de Gestión de la Calidad del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz - 2022";

Que, mediante Informe N° 019-02-2022-EP-OPE-HCLLH, de fecha 21 de febrero de 2022, el Coordinador del Equipo de Planeamiento del HCLLH, emite opinión favorable al Plan de Trabajo de la Unidad de Gestión de la Calidad del HCLLH- 2022;



Que, resulta necesario aprobar el Plan de Trabajo de la Unidad de Gestión de la Calidad del HCLLH- 2022, que tiene como finalidad mejorar la calidad de atención y la satisfacción del usuario externo determinando los objetivos, actividades y resultados orientadas a la mejora continua de los procesos asistenciales y administrativos;

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

Con las visaciones 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;

SE RESUELVE:

ARTÍCULO 1° .- APROBAR, el Plan de Trabajo de la Unidad de Gestión de la Calidad del Hospital Carlos Lanfranco la Hoz - 2022, que consta de catorce (14) folios; el mismo que forman parte integrante de la presente Resolución.

ARTÍCULO 2° .- La ejecución del presente Plan de Trabajo de la Unidad de Gestión de la Calidad del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz - 2021, estará sujeta a la disponibilidad crédito presupuestal.

ARTÍCULO 3° .- **DISPONER** a la Unidad de Gestión de la Calidad del HCLLH, realizar el seguimiento y evaluación del Plan y supervisar el cumplimiento de los objetivos y demás disposiciones que contiene el citado Plan.

ARTÍCULO 4° .- **ENCARGAR** al Responsable de la Administración y actualización del Portal de Transparencia Estándar efectuar la publicación de la presente Resolución en la Pagina Web del Hospital "Carlos Lanfranco la Hoz".



REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE

JFRT/JMLC/MMRV/EER/EPM

Cc.

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

HOSPITAL "CARLOS LANFRANCO LA HOZ"

MC. Jorge Fernando Ruiz Torres
C.M.R. 14291, D.M.E. 37994
DIRECTOR EJECUTIVO HCLLH

PUENTE PIEDRA,

01 MAR. 2022

Carmen Yessica Elias Rodriguez
FEDATARIO TITULAR
R.D. N° 166-18/2020-HCLLH/SA



PERÚ

Ministerio
de Salud

HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ

UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD



PLAN ANUAL DE TRABAJO UNIDAD DE GESTION DE LA CALIDAD



2,022

"La Salud es el Derecho de Todos y es nuestra responsabilidad"



PERU

MINISTERIO DE SALUD

18 años
Culota A. Luffanco 15.19.12

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

ÍNDICE

I. Introducción.....	3
II. Finalidad.....	4
III. Objetivo.....	4
IV. Base Legal.....	5 - 6
V. Ámbito de aplicación.....	7
VI. Organigrama Funcional.....	8
VII. Recursos.....	9 - 10
VIII. Contenido.....	11-19
IX. Estrategias.....	20
X. Indicadores.....	21
XI. Responsabilidades.....	22
XII. Programación de actividades.....	23-28





PLAN ANUAL DE TRABAJO

UNIDAD DE LA GESTIÓN DE CALIDAD

I. INTRODUCCION

EL Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, viene trabajando articuladamente con las diferentes unidades orgánicas asistenciales y administrativos, uno de sus objetivos principales que es brindar una atención en salud con calidad y calidez, sumado el esfuerzo y la participación activa del personal de salud que forman parte del sistema de salud. Uno de los aspectos relevantes que se pretende mejorar es la deficiente calidad de atención que constituye actualmente uno de los mayores obstáculos que conlleva con éxito los problemas sanitarios siendo los más conocidos caso por mortalidad materna, la mortalidad neonatal y la desnutrición infantil y en estos últimos tiempos la emergencia sanitaria por COVID-19.

La Unidad de Gestión de la Calidad, como órgano de asesoramiento tiene la función principal de implementar el sistema de gestión de la calidad (SGC), bajo el enfoque del proceso administrativo: planificar, organizar, evaluar y analizar las actividades de las áreas orgánicas entre ellas: la Mejora de la Calidad, Garantía de la calidad, Información para la calidad y PAU; siendo el fin inmediato la satisfacción del usuario y la mejora en el buen trato humanizado al personal asistencial y administrativo.; el logro de los objetivos formulados permitirá garantizar la adecuada atención al usuario externo con calidad y calidez.

El presente "Plan Anual de la Unidad de Gestión de la Calidad" es un documento técnico que comprende todas las actividades y tareas, articuladas a la línea de acción y componente del SGC; como son la Acreditación, las Auditorias, la Mejora Continua, la Seguridad del Paciente, la Satisfacción del Usuario Externo y la Reducción de los Reclamos y Quejas siendo atendidos por el equipo de la Plataforma de Atención al Usuario y actualmente vienen realizando diversas actividades propias y específicas el cual se busca mejorar y corregir las acciones identificadas por riesgos durante la prestación de servicios.

Para poner en marcha estos procesos, es necesario el compromiso y la participación activa del personal de salud, primordialmente de todo el personal asistencial y administrativo que prestan la atención directa con el paciente y el impulso del trabajo en equipo y quienes ejerzan el liderazgo de Directivos y Jefaturas de Departamentos y Servicios de Salud.





II. FINALIDAD.-

El presente plan tiene por finalidad mejorar la Calidad de Atención y la Satisfacción de del Usuario Externo determinando los objetivos, actividades y resultados orientadas a la mejora continua de los procesos asistenciales y administrativos.

III. OBJETIVOS.-

3.1 Objetivo General:

Contribuir a la mejora de los procesos de atención de salud a través de la implementación de los componentes del Sistema de Gestión de Calidad.

3.2 Objetivos Específicos:

- O.E. 1 Planificar acciones para el proceso de Acreditación Hospitalaria a través del proceso de autoevaluación institucional.
- O.E. 2 Desarrollar el proceso de Autoevaluación para la Acreditación Hospitalaria.
- O.E. 3 Establecer acciones para la gestión del riesgo y seguridad del paciente a través de las buenas prácticas de la atención, sostenibilidad de la aplicación de la lista de verificación del paciente y rondas de seguridad.
- O.E. 4 Identificar inconformidades en el proceso de atención a través de las auditorias de la calidad de atención en salud.
- O.E. 5 Promover la cultura de la calidad y las acciones de mejora en los distintos Niveles de los servicios asistenciales y administrativos que brindan prestaciones de salud.
- O.E. 6 Contribuir a la gestión del buen trato humanizado con equidad, servicio digno y amable durante las relaciones con el usuario externo a través de la promoción de los derechos, difusión de los deberes del usuario y la atención directa a las consultas médicas, reclamos, sugerencias y de felicitaciones en la plataforma de atención al usuario en salud (PAUS).
- O.E. 7 Estandarizar, determinar y optimizar los procesos críticos de Información para mejora de la calidad a través de los estudios y medición en el tiempo de espera y satisfacción del usuario externo.
- O.E.8 Fortalecer las competencias en la Mejora Continua de la calidad y buen trato del usuario externo.



De acuerdo a los documentos de gestión vigente, se hace mención la articulación de objetivos y acciones en el ámbito de la Estructura Funcional Programática (EFP) comprendido en el POI Institucional 2022.

Para ello, desde la óptica del planeamiento institucional traslado los siguientes objetivos y acciones estratégicos:



a) **Objetivo Estratégico Institucional:**

OEI N° 4: Fortalecer la rectoría y la Gobernanza sobre el Sistema de Salud; y la Gestión Institucional; para el desempeño eficiente; Ético e Integral; en el marco de la modernización de la Gestión Pública.

b) **Acción Estratégica: AEI 04.02** Gestión orientada al resultado al servicio de la población con procesos optimizados y procedimientos administrativos simplificados: Acciones de gestión administrativa.

III. **BASE LEGAL.-**

- ✓ Ley N° 26842. "Ley General de Salud".
- ✓ Ley N° 27658, " Ley Marco de Modernización de la Gestión del Estado"
- ✓ Ley N° 27806, " Ley de Transparencia y Acceso a la información pública"
- ✓ Ley N° 27815, " Ley del Código de Ética de la Función Pública"
- ✓ Ley N° 29414, "Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud".
- ✓ Ley N° 30023, "Ley que establece el 13 de agosto de cada año como el día Nacional de la Salud y del Buen trato al Paciente".
- ✓ Decreto Supremo N° 013-2006-SA, que aprueba el Reglamento de Establecimientos y Servicios Médicos de Apoyo.
- ✓ Decreto Supremo N° 002-2019-SA, que aprueba el Reglamento para la Gestión de Reclamos y Denuncias de los usuarios de las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud – IAFAS, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud – IPRESS y Unidades de Gestión de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud – UGIPRESS, públicas, privadas o mixtas.
- ✓ Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud".
- ✓ Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, que aprueba la NST N° 050-MINSA/DGSP, V.02 "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médico de Apoyo".
- ✓ Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Política Nacional de Calidad en Salud".
- ✓ Resolución Ministerial N° 270-2009/MINSA, que aprueba la Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo"
- ✓ Resolución Ministerial N° 1021-2010/MINSA, que aprueba la Guía Técnica de Implementación de la Lista de Verificación de la Cirugía.



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

- ✓ Resolución Ministerial N° 308-2010/MINSA, que aprueba la "Lista de Verificación de la Seguridad de Cirugía".
- ✓ Resolución Ministerial N° 095-2012-MINSA, que aprueba la "Guía Técnica para la Elaboración de Proyectos de Mejora y la Aplicación de técnicas y Herramientas para la Gestión de la Calidad".
- ✓ Resolución Ministerial N° 168-2015/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Lineamientos para la Vigilancia, Prevención y Control de Infecciones Asociadas la Atención de Salud".
- ✓ Resolución Ministerial N° 502-2016/MINSA – NTS 029-MINSA/DGSP-V.02: Norma Técnica de Auditoria de la Calidad de la Atención en Salud.
- ✓ Resolución Ministerial N° 214-2018-MINSA, que aprueba la NTS N° 139-MINSA/2018/DGAIN: Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica.
- ✓ Resolución Ministerial N° 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 Jefatural N° 631-2016/IGSS; Directiva Sanitaria N°005-IGSS/V.01 "Sistema de Registro y Notificación de Eventos Adversos y Eventos Centinelas".
- ✓ Resolución Ministerial N° 163-2020/MINSA, que aprueba la Directiva Sanitaria N° 092-MINSA/2020/DGAIN "Rondas de Seguridad y Gestión del Riesgo para la Seguridad del Paciente".
- ✓ Resolución Jefatural N° 764-2016/IGSS, que aprueba la Directiva Sanitaria N° 009-IGSS/V.01 "Análisis de los eventos centinelas en la IPRESS y UGIPRESS".
- ✓ Resolución Ministerial N° 826-2021/MINSA, que aprueba las "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud".
- ✓ Resolución Ministerial N° 463-2010-MINSA, que aprueba el Reglamento de Organización de Funciones del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz.
- ✓ Resolución Administrativa N° 160-2019-MINSA/DIRIS-LN/6 el 13 de noviembre del 2019, que otorga la Categoría II-2: Hospital de Atención General, al Establecimiento de Salud Público denominado "Hospital Carlos Lanfranco La Hoz".
- ✓ 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 Hospital Carlos Lanfranco La Hoz".
- ✓ Decreto Supremo N° 001-2022/SA, decreto supremo que 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 para percibir la entrega económica anual a la que hace referencia el artículo 15 del Decreto Legislativo que regula la Política Integral de Compensaciones y Entregas Económicas del Personal de Salud al Servicio del Estado.





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

IV. AMBITO DE APLICACIÓN.-

El presente Plan Anual de Gestión de la Calidad, es de aplicación y cumplimiento obligatorio para todas las unidades orgánicas Oficinas, Departamentos y Servicios Asistenciales - Administrativos del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz.

VI. ORGANIGRAMA FUNCIONAL.-

6.1 Organigrama La unidad orgánica de Gestión de la Calidad es un órgano de asesoramiento que depende de la Dirección Ejecutiva, encargada de implementar el sistema de gestión de la calidad en el hospital para promover la mejora continua de la atención asistencial y administrativa a los pacientes, con la participación activa del personal y el involucramiento del usuario. A nivel organizacional y estructural la UGC cuenta con tres (03) áreas orgánicas: Área de Mejora para la Calidad, Garantía para la Calidad e Información para la Calidad; y funcionalmente por la coyuntura y acceso a la calidad de atención y satisfacción del usuario tiene a su cargo la Plataforma de Atención al Usuario en Salud.



El personal de las áreas orgánicas y equipo de trabajo, interactúa a nivel interno con los diferentes departamentos, oficinas, servicios y unidades, como también con la Dirección Ejecutiva en su condición de órgano de asesoría; a nivel externo interactuamos con la DIRIS Lima Norte y el MINSA.



6.2 Funciones:

Según el Reglamento de Organización de Funciones (ROF) del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, aprobado con Resolución Ministerial N° 463-2010-MINSA, la Unidad de Gestión de la Calidad tiene las siguientes funciones:

- Proponer la inclusión de actividades e indicadores de calidad en los planes institucionales.
- Incorporar un enfoque de calidad en los planes estratégicos y operativos institucionales, así como en la capacitación y gestión de los recursos humanos.
- Implementar las estrategias, metodologías e instrumentos de calidad y mejora continua de los servicios.
- Efectuar el monitoreo y evaluación de los indicadores de control de la calidad en los diferentes servicios del Hospital e informar a la Dirección Ejecutiva o Dirección o a la DIRIS Lima Norte.
- Promover en la ejecución de estudios de investigación en calidad de servicios de salud.
- Asesorar en el desarrollo de la Categorización, Autoevaluación, el proceso de Acreditación y Auditoría Clínica, según las normas que establece el Ministerio de Salud.
- Asesorar en la formulación de normas, guías de atención y procedimientos de atención al paciente.
- Apoyar en la capacitación y sensibilizar al personal en los conceptos y herramientas de la calidad.
- Desarrollar mecanismos de difusión de los resultados de la evaluación de la calidad y de la captación de la información del paciente.
- Proponer la implementación de áreas funcionales o equipos de trabajo para el cumplimiento de las funciones del Hospital.
- Prevenir en la seguridad, operatividad y el mantenimiento de los equipos y bienes asignados a la Unidad Orgánica, promoviendo su adecuado manejo por el personal encargado.





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

VII. RECURSOS.-

7.1 Recursos Humanos La Unidad de Gestión de la Calidad, cuenta con los recursos humanos y se encuentran distribuidos en las áreas orgánicas y funcionales con el propósito de cumplir los objetivos institucionales y sus necesidades requeridas referidas en el siguiente cuadro adjunto:

Cuadro N° 1

RECURSOS HUMANOS UGC 2022

ACTIVIDAD POA	RRHH DISPONIBLES Y NECESARIOS	GASTOS PRESUPUESTALES					TOTAL (S/.)
		21.11.12		23.28.11		23.99.11	
		N°	Nombrado (276)	N°	CAS (1057)	N° Locador Servicios	
OEI.04: AEI: 04 Fortalecer la Rectoría y Gobernanza sobre el sistema de salud, acciones en la garantía y mejora de la calidad, Información de Calidad y PAU	Jefe Unidad	1	46,668.00				46,668.00
	Administrador(a)	1	36,588.00			2 72,600.00	109,188.00
	Economista	1	24,828.00				24,828.00
	Psicólogo y/o Sociólogo						0.00
	Abogado					1 36,000.00	36,000.00
	Médico /Auditor					1 106,464.00	106,464.00
	Educadora para la Salud	1	24,588.00	1	30,600.00		55,188.00
	Técnico Administrativo					2 57,600.00	57,600.00
	Asistente Adminis.					3 90,000.00	90,000.00
	Auxiliar Adminis.			1	30,000.00	1 24,000.00	54,000.00
			4	132,672.00	2	60,600.00	10 386,664.00





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

7.2 Recursos Materiales de Escritorio, Equipos Informáticos y Mobiliario de la UGC: Disponibles y Necesidades Requeridas en el siguiente cuadro:

Cuadro N° 2

RECURSOS MATERIALES: DE ESCRITORIO, EQUIPOS Y MOBILIARIO DE UGC 2022

ACTIVIDAD DEL POI	DESCRIPCION	U. M	RECURSOS DISPONIBLES Y NECESARIOS AÑO 2022						TOTAL (S/....)
			2.3.1 BIENES		2.3.2 SERVICIOS		2.6.3 EQUIPOS		
			Cant.	Costo	Cant.	Costo	Cant.	Costo	
OEI.04: AEI: 04 Fortalecer la Rectoría y Gobernanza sobre el sistema de salud, acciones en la garantía y mejora de la calidad, Información de Calidad y PAU	Uniforme Institucional	und.	17	11,040.00	7	1680.00			12,720.00
	Materiales y Utiles de Escritorio	productos	16	6,980.00					6,980.00
	Fotocopias	mires			137,000	2740.00			2,740.00
	Tramite de Envios Serpots Perú	reporte			155	4650.00			4,650.00
	Escritorio de Metal Grande	und.					1	600.00	600.00
	Escritorio de Metal	und.					2	1200.00	1,200.00
	Escritorio de Melamine	und.					7	3,500.00	3,500.00
	PC (computadora escritorio)	equipo					3	11400.00	11,400.00
	Laptops	equipo					5	15200.00	15,200.00
	Laptops HP Prodesk	equipo					1	2700.00	2,700.00
	Laptops HP Pavilion	equipo					1	2700.00	2,700.00
	Impresora	equipo					3	4100.00	4,100.00
	Aquiler de Impresora/fotocopiadora	servicio			12	9600.00			9,600.00
	Toner p/impresora	equipo					3	3300.00	3,300.00
	Sillas giratorias	und.					5	1410.00	1,410.00
	Sillas de madera	und.					2	90.00	90.00
	Sillas de Plastico	und.					5	150.00	150.00
	Silla de Espera para 4 o 5 personas	und.					2	2700.00	2,700.00
	Estante de Madera	und.					1	340.00	340.00
	Anaquele de Metal	und.					1	640.00	640.00
	Internet para capacitaciones grupales	servicio			1	1706.00			1,706.00
	Impresión de Publicidad, Certificados y otros UCG	producto			1	8940.00			8,940.00
	Sellos Trodat	und.					22	660.00	660.00
SUB TOTAL				18,020.00		18,010.00		50,690.00	98,026.00





VIII. CONTENIDO DEL PLAN.-

Para el cumplimiento de las actividades que contribuyan a los objetivos institucionales la unidad se organiza de la siguiente forma a nivel funcional,

Área de Mejora para la Calidad.-

Está a cargo de un (01) integrante del equipo de trabajo de Mejora y depende jerárquicamente del jefe de la Unidad de Gestión de la Calidad. Coordina permanentemente con los profesionales y técnicos asignados a los objetivos funcionales.

Constituye la razón de ser de la Unidad de Gestión de la Calidad, por los procesos permanentes y graduales en toda la organización donde a partir de las brechas y problemas encontrados se desarrollan oportunidades de mejora en la calidad de atención, acciones de planes y proyectos valiéndose de la metodología e instrumentos de la calidad.

Por ello, se realizarán talleres de capacitación para el fortalecimiento de competencias y capacidades efectuando el desarrollo de planes de mejora continua dirigido a los equipos técnicos de los diferentes servicios de salud.

La Metodología utilizada corresponde a la establecida en la Guía Técnica para la Elaboración de Proyectos de Mejora y Aplicación de Técnicas y Herramientas para la Gestión de la Calidad, aprobada mediante la R.M. N° 095-2012-MINSA. Complementariamente se brinda asistencia técnica permanente a las diversas oficinas y departamentos para el desarrollo de sus PCM.

Área de Garantía de la Calidad.-

Está a cargo de un (01) integrante del equipo de trabajo que depende jerárquicamente del jefe de la Unidad de Gestión de la Calidad. Dentro de sus funciones es la de coordinar permanentemente con los profesionales y técnicos asignados a los objetivos funcionales.

a) Elaboración del Plan de Auditoría de la calidad de atención

Permite evaluar el desempeño del personal profesional de la salud asistencial y administrativo, controlando el cumplimiento de normas y procedimientos establecidos para la atención en salud. Tiene como finalidad fortalecer la función gerencial de control, a fin de promover la calidad y la mejora continua en las prestaciones de los servicios de salud.



b) Conformación del Comité de Autoevaluación para la Acreditación del establecimiento

La acreditación es el proceso de evaluación externa, periódico que se basa en la comparación del desempeño del hospital con un listado de estándares para hospitales de nivel II-2, orientado a promover la mejora continua de la calidad.

c) Elaboración del Plan de Autoevaluación para la Acreditación

Dentro de las estrategias se implementará el monitoreo del cumplimiento de los compromisos para mejorar los estándares, la asesoría y asistencia técnica permanente de los servicios, entre otras estrategias, todo ello con la finalidad de mejorar continuamente los procesos y estándares establecidos en el Plan de Autoevaluación y obtener la acreditación.

d) Monitoreo, Ejecución y Seguimiento a las Rondas de Seguridad

Al respecto se realizará la visita programada de un servicio seleccionado al azar, cuya finalidad es identificar las prácticas inseguras durante la atención de salud y establecer un contacto con el paciente, la familia, y el personal de salud siempre con actitud educativa y no punitiva. La ejecución de rondas de seguridad y la vigilancia y monitoreo de eventos adversos constituyen los mecanismos o estrategias para lograr la seguridad del paciente.

e) Fomentar y difundir la cultura de la Seguridad del Paciente

En este aspecto se busca que la organización reduzca el riesgo de la deficiente atención y obtener la seguridad del paciente en cada proceso de sus atenciones y/o prestaciones de salud. Este objetivo se logrará mediante la reducción y mitigación de actos inseguros dentro del sistema de salud a través de la mejora continua de los procesos

AREA DE INFORMACION PARA LA CALIDAD.-

Es el área encargado de la información de la calidad, que contribuye a la formulación de instrumentos y estrategias para la medición del tiempo de espera y satisfacción del usuario interno y/o externo. Dentro de sus funciones y línea de coordinación de manera permanente coordina con las unidades orgánicas, equipos de trabajo, órganos directivos y entidades fuera de la entidad a fin de reportar los procesos de registro y la desconformidad del usuario externo, mediante los informes del sistema SERVQUAL.





El equipo de Información para la calidad cumple las siguientes funciones específicas:

a) **Monitorea la Satisfacción del Usuario Externo**

El equipo de Información para la Calidad se encarga del proceso de la valoración de la calidad de la atención a los diferentes servicios de salud, a través de las principales herramientas y técnicas del proceso de atención del usuario externo.

Es por ello que realizan la medición y aplicación los estándares determinados para la satisfacción de usuario externo y la medición del tiempo de espera.

Recomienda analizar las insatisfacciones de los usuarios al ser atenciones de procesos observados, elabora el informe semestral o anual del registro de datos aplicados en el sistema SERVQUAL.

Monitorea la programación y seguimiento de los indicadores de las mediciones de satisfacción y tiempo de espera. Asimismo realiza la información de los resultados obtenidos para la mejora continua de los procesos, con el incremento de la demanda de atención de pacientes COVID-19 se viene percibiendo un grado de insatisfacción de los usuarios del sistema de salud y por ello la necesidad de explorar aspectos metodológicos con cuestionarios prácticos, sencillos y de fácil aplicación.

EQUIPO FUNCIONAL DEL PAU.- Es un equipo de Profesionales y Técnicos que brinda atención de manera física y virtual a nuestros usuarios externos, que realizan la recepción, procesamiento, atención y absolución de consultas y reclamos. Este equipo está integrado por 05 servidores contratados y brinda atención al paciente con los siguientes canales:

a) **Gestión de las relaciones con el usuario externo – Plataforma de Atención al Usuario en Salud (PAUS)**

En la entidad se ha implementado el sistema de escucha al usuario que se realiza a través de la Plataforma de Atención al usuario en Salud.

En esta Pandemia, se dispuso fortalecer los mecanismos de comunicación con los familiares del paciente COVID en estado grave y muy grave hospitalizados en el CAAT que mediante las llamadas telefónicas, brindar información del paciente hospitalizado, asimismo existe el canal de atención de las quejas y reclamos, felicitaciones y sugerencias, con la finalidad de mejorar la calidad de atención de los usuarios externos.





Se cuenta implementado dos Libros de Reclamaciones de Hospital y Sede Administrativa. Asimismo se viene difundiendo los derechos y deberes de las personas usuarias de los servicios de salud.

8.1 ASPECTOS TÉCNICOS CONCEPTUALES

Para la implementación del Sistema de Gestión de Calidad es importante tener en consideración los enfoques conceptuales y los principios que la rigen:

- Calidad en salud como expresión del desarrollo humano.
- Calidad en salud como expresión de derecho a la salud.
- Calidad en salud como enfoque gerencial en las organizaciones de salud.
- Calidad en salud como estrategia de desarrollo y mejoramiento de los servicios de salud.

Estos enfoques conceptuales permiten reforzar la orientación de la gestión de la calidad con relación a:

- **Calidad:** Conjunto de características que posee un producto o servicio y que satisfacen los requisitos técnicos y expectativas de los usuarios.
- **Gestión de la Calidad:** Son las actividades coordinadas para dirigir y controlar la organización en lo relativo a la calidad y calidez.
- **Riesgo:** Es el factor que incrementa la probabilidad de ocurrencia de un evento adverso dentro del proceso de atención de salud.
- **Cultura de Seguridad:** Es el patrón integrado de comportamiento individual y de la organización, basado en las creencias y valores compartidos, que busca continuamente reducir el mínimo daño que podría sufrir el usuario como consecuencia de los procesos de atención en salud.
- **Auditoria en Salud:** Tipo de Auditoria de la Calidad de la atención en salud sobre el proceso de la atención realizada, o sobre un aspecto en particular de la atención médica, enfermería y obstetricia u otros; llevada a cabo por un profesional de salud capacitado y formado para realizar las Auditorias de la Calidad.
- **Las personas:** provisión de servicios de salud seguros, oportunos, accesibles y equitativos; calidad con enfoque intercultural y de género; búsqueda de la satisfacción de los usuarios; acceso a los mecanismos de atención al usuario.
- **Los trabajadores:** cultura ética de la calidad; trabajo en equipo.
- **Las unidades prestadoras:** asesoría sostenida, gestión de recursos; mejoramiento continuo; evaluación d ellos procesos prestacionales.
- **La sociedad:** participación social para la calidad en salud.





8.2 ACTIVIDADES EN BASE A LOS EJES Y LINEAS DE ACCIÓN

Para el cumplimiento y desarrollo de las actividades formuladas en el plan, se articulan los ejes y/o líneas de acción como componente del SGC:

Eje de Acción 1: Planificación

Fortalecer la Planificación de la entidad para el desarrollo del Plan Anual de Gestión de la Calidad. Uno de los ejes de acción el cual articula la siguiente actividad y tareas respectivas.

Actividad: Implementar el Plan de Gestión de la Calidad (PGC) 2022.

- Elaboración de Propuesta del Plan de Gestión de la Calidad
- Aprobación mediante acto resolutivo del PGC
- Difusión y Socialización de documento técnico PGC
- Conformación del Equipo para el Monitoreo y Avance del PGC
- Monitoreo del Avance del Plan de Gestión de la Calidad
- Análisis, Evaluación y Seguimiento a los resultados de Indicadores de gestión.
- Informe y Difusión de los resultados de la evaluación de indicadores de UGC

Eje de Acción 2: Autoevaluación en el Marco de la Acreditación es el eje que articulan las actividades y tareas

Actividad 1: Organizar y planificar el proceso de Autoevaluación

- Actualización y Oficialización del Equipo de acreditación de la entidad
- Actualización y Oficialización del Equipo de acreditación de la entidad
- Capacitación al Equipo de Acreditación y Evaluadores Internos referente al proceso de acreditación de la entidad
- Elaboración del Plan de Autoevaluación
- Asignación y/o encargo de los responsables de los Macro procesos
- Aprobación del Plan de Autoevaluación
- Asistencia Técnica en el manejo de las herramientas y instrumentos de evaluación interna para la acreditación

Actividad 2: Desarrollar la Autoevaluación

- Comunicación del Inicio de Autoevaluación
- Aplicación del listado de estándares de la acreditación



**Actividad 3: Análisis de Resultados**

- Procesamiento de Datos y Análisis de Resultados
- Elaboración del Informe de Autoevaluación

Actividad 4: Seguimiento e Implementación de las Recomendaciones

- Implementación de acciones de mejora en base a los resultados obtenidos en la autoevaluación
- Monitoreo y Evaluación de las acciones implementadas

Eje de Acción 3: Gestión del Riesgo y las Buenas Prácticas en Seguridad del Paciente es un eje de acción que articula las siguientes actividades y tareas detalladas

Actividad 1: Organizar los equipos para la implementación el Plan de Seguridad del Paciente.

- Actualizar el acto resolutivo que aprueba y conforma el Equipo de Rondas
- Actualizar el acto resolutivo del Equipo Conductor para la implementación de la LVSC y las coordinaciones
- Actualizar la Resolución del Comité de Eventos Adversos
- Elaboración de Propuesta del Plan de Seguridad del Paciente
- Difusión y socialización del Plan de Seguridad del Paciente
- Monitoreo y Evaluación del Plan de Seguridad del Paciente

Actividad 2: Fortalecer competencias en Buenas Prácticas de Atención y Gestión del Riesgo.

- Capacitación en gestión del riesgo asistencial, rondas de seguridad del paciente.
- Capacitación en el sistema de registro, notificación de incidentes, eventos adversos.
- Capacitación para fortalecer los aspectos técnicos de la aplicación de la LVSC.

Actividad 3: Fortalecer el Sistema de Registro- Notificación-Análisis de Eventos Adversos.

- Registro de informe semestral y consolidado de los eventos adversos

Actividad 4: Promover los Objetivos Internacionales en Seguridad del Paciente.

- Evaluación trimestral de los formatos de la Lista de Verificación de la Seguridad del Paciente y su procedimiento quirúrgico aplicado
- Aplicación semestral de la encuesta para evaluar la implementación de la LVSC según guía técnica.





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

• Implementación de Prácticas Seguras

Actividad 5: Implementar Rondas de Seguridad del Paciente

- Programación de Rondas
- Ejecución de Rondas de Seguridad del Paciente
- Monitoreo de las acciones de mejora post ronda

Actividad 6: Fortalecer el Proceso de Seguridad del Paciente

- Análisis de los Eventos Adversos

Eje de Acción 4: Gestión de la Auditoría de la Calidad de Atención en salud.

Actividad 1: Planificar las actividades para la implementación de la Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud.

- Elaboración del Plan de Auditoría de la Calidad
- Aprobación mediante acto resolutivo del PAC
- Difusión y Socialización de documento técnico PAC
- Evaluación del cumplimiento del Plan Anual de Auditoría de Calidad

Actividad 2: Promover el Uso de Guías de Práctica Clínica y/o Procedimientos.

- Consolidar el Listado de Guías de Práctica Clínica y los procedimientos clínicos
- Medir la adherencia de GPC y Guía de Procedimientos
- Asesorar y brindar asistencia técnica en la formulación de Guías de Práctica Clínica, Guía de Procedimientos, Listado de Verificación y Consentimiento Informados.

Actividad 3: Implementar la Auditoría de la Calidad de Atención en Salud.

- Realizar Auditoría de la Calidad de Atención en Salud
- Coordinar con el omite de Auditoría Médica para la realización de auditoría del caso.
- Seguimiento de la Implementación de las recomendaciones.

Actividad 4: Fortalecer las competencias en Auditoría de la Calidad en Salud.

- Difusión de la Norma Técnica de Auditoría
- Capacitación a los Comités de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud.

Eje de Acción 5: Gestión de la Cultura de la Calidad y Mejora Continua.

Actividad 1: Fortalecer el diseño organizacional y de competencias para el proceso de mejora continua.





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

- Elaboración de Carteras de Proyectos de Mejora Continua de la calidad según problemática identificada.
- Oficialización de los equipos de mejora según problemática identificada.
- Capacitación a los integrantes de los equipos de mejora con estrategias e instrumentos para fortalecer los conocimientos, actitudes y prácticas referidas a la gestión de mejora continua.

Actividad 2: Implementar oportunamente acciones de mejora y acciones correctivas con el objeto de reducir los procesos que afectan al HCLLH.

- Implementación de Proyectos/Planes/Acciones de Mejora en relación a las líneas de gestión de la calidad y su problemática institucional.
- Monitoreo de la elaboración e implementación de Proyectos de Mejora continua, planes y acciones de mejora en relación a las líneas de gestión de la calidad y su problemática institucional.

Eje de Acción 6: Gestión de Relaciones con el Usuario Externo – PAUS

Actividad 1: Fortalecer el diseño organizacional de la Plataforma de Atención al Usuario.

- Elaborar el Plan de Plataforma de Atención al Usuario del HCLLH
- Emitir un informe técnico de las acciones realizadas según el Plan de la PAUS.

Actividad 2: Fomentar la difusión de los Derechos y deberes de los usuarios en salud y canales de atención al usuario.

- Difusión de los derechos y deberes de los usuarios en salud al personal interno
- Difusión de los derechos y deberes de los usuarios en salud al personal externo

Actividad 3: Fortalecer las competencias para la Promoción y Protección de los Derechos de los Usuarios de los Servicios de Salud.

- Capacitación en servicio al personal de la PAUS en relación a las normativas y directivas, derechos y deberes en salud, proceso de atención de reclamos, correcto llenado del libro de reclamaciones, etc.
- Reunión de integración con el personal de PAUS

Actividad 4: Desarrollar mecanismos para la atención de consultas, reclamos y sugerencias de los usuarios externos

- Informe estadístico de las atenciones realizadas por el personal de la PAUS en relación a soluciones inmediatas.





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

- Reporte de los Reclamos Interpuestos en el Libro de Reclamaciones.
- Recepción de Reclamos, recopilación de datos y expedientes, que emitan el archivo o respuesta inmediata y las recomendaciones derivadas de los reclamos.
- Monitoreo y Seguimiento a la elaboración de informe del libro de reclamaciones y buzón de sugerencias.

Actividad 5: Desarrollar mecanismos que faciliten a los usuarios externos a la información.

- Ejecución de acciones adecuadas en la comunicación e información oportuna a los familiares directos y autorizados de los pacientes hospitalizados en el CAAT en estado grave, muy grave y en recuperación favorable que resulte una acción ejecutada y cumplida.
- Elaboración del proceso de la atención, comunicación y seguimiento al paciente atendido por reclamos, del CAAT, por recepción del buzón de sugerencias.

Eje de Acción 7: Gestión de la Información: Medición del grado de satisfacción del Usuario Externo y Tiempo de Espera

Actividad 1: Medición de la Satisfacción del Usuario Externo.

- Elaboración y aprobación del Plan de Trabajo Anual de Información para la Calidad.
- Elaboración del Plan de Evaluación del proceso de Medición de Satisfacción del Usuario Externo
- Estandarización de los flujos gramas y procedimientos por cada actividad de los servicios de Emergencia, Hospitalización y Consulta Externa.
- Informe Técnico del proceso de Medición de Satisfacción del Usuario Externo en Emergencia, Hospitalización y Consulta Externa.
- Monitoreo y Seguimiento a los indicadores, resultados de la medición y cumplimiento de recomendaciones post medición de la satisfacción del usuario en Emergencia, Hospitalización y Consulta Externa.
- Elaboración y aprobación mediante acto resolutivo del Plan de Estudios y medición del tiempo de espera en Consulta Externa, Farmacia y Laboratorio.
- Informe Técnico al proceso de la medición de tiempo de espera en Consulta Externa, Farmacia y Laboratorio.
- Informe de recopilación de datos sobre los casos observados por reclamos, quejas, insatisfacción del usuario y por falta de acceso a los servicios de salud asistenciales.



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

- Seguimiento del cumplimiento de recomendaciones post medición de tiempo de espera en Consulta Externa, Farmacia y Laboratorio.

Actividad 2: Fortalecer las competencias de los servidores que brindan atención o trato directo a los usuarios.

- Elaborar el Taller de Capacitación del Buen Trato Humanizado en el periodo 2022 en dos fases; la primera fase dirigida para el personal de Ventanillas Únicas, Admisión de Emergencia, Caja de Emergencia y Consultorios, SIS, Farmacia, Laboratorios y Servicio de Seguridad y Vigilancia. Segunda fase para los profesionales médicos y no médicos, jefe de unidades y directivos.

Actividad 3: Estandarizar los procedimientos de Medición de Tiempo de Espera en los servicios de: Emergencia, Hospitalización, Laboratorio, Farmacia u otros servicios críticos

- Realizar los estudios de tiempo de espera con las herramientas y técnicas adecuadas que generen un indicador cuyos resultados reduzca el riesgo de la insatisfacción del usuario externo.

IX. ESTRATEGIAS.-

De forma organizacional: La difusión y socialización de los documentos técnicos que impulse el compromiso, cumplimiento y la acción obligatoria a favor de la calidad.

De las Competencias: El impulso de capacitaciones y sensibilización al personal de la salud bajo el enfoque de procesos de utilidad para la mejora continua.

De reconocimiento institucional: Otorgar reconocimiento por el buen desempeño laboral y trabajo en equipo de los servidores de la entidad

De la Evaluación y Monitoreo: La implementación de procesos en cada actividad con énfasis en las expectativas y perspectivas del usuario.

De la instalación de herramientas y mecanismo de comunicación que genere información oportuna y de interés al usuario externo.

Se reforzará las coordinaciones permanentes con la Unidad Funcional de Gestión de la Calidad y la Dirección de Operaciones en Salud del Ministerio de Salud.

Coordinación mensual con la Oficina de Gestión de Calidad de la Dirección de Redes Integradas de Lima Norte.

Este plan requiere la coordinación permanente, compromiso y comunicación con los Jefes de los Departamentos, Servicios y Unidades Administrativas.





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

X. INDICADORES

Para garantizar el cumplimiento del presente plan se realizará el seguimiento y se elaborará informes de acorde a los siguientes indicadores establecidos:

METAS E INDICADORES DEL PLAN ANUAL UGC 2,022

ACTIVIDAD	INDICADOR	FORMA DE CALCULO	LINEA DE BASE	VALOR ESPERADO 2022	FUENTE	PERIODO
GARANTIA DE LA CALIDAD	Porcentaje de Auditorías de Calidad de Registro con puntaje aceptable	$\frac{\text{N}^\circ \text{ auditorías de calidad de registro realizadas} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ Total auditorías de calidad de registro programadas}}$	100%	100%	UGC	Anual
	Porcentaje de Recomendaciones de Auditorías de Caso Implementadas	$\frac{\text{N}^\circ \text{ Auditorías de Caso realizadas} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ Total de auditorías de caso programadas}}$	100%	100%	UGC	Semestral
	Porcentaje de GPC y/o GPA revisadas para la aprobación de su R. D.	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de Guías aprobadas con R. D.} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ de Guías presentadas para su revisión}}$	10%	20%	UGC	Semestral
MEJORA DE LA CALIDAD	Porcentaje de Acciones de mejora implementados	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de acciones de mejora implementados} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ Acciones de Mejora programados}}$	30%	60%	UGC	Trimestral/Semestral
SEGURIDAD DEL PACIENTE	Porcentaje de Rondas de Seguridad ejecutadas	$\frac{\text{N}^\circ \text{ Rondas de Seguridad ejecutadas} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ Rondas de Seguridad programadas}}$	100%	100%	UGC	Mensual/Semestral
	Porcentaje de eventos adversos registrados, notificados y analizados	$\frac{\text{N}^\circ \text{ eventos adversos analizados} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ eventos adversos ocurridos}}$	100%	100%	UGC	Trimestral
PLATAFORMA DEL USUARIO	Porcentaje de Talleres de Derechos y Deberes de los Usuarios Externos	$\frac{\text{N}^\circ \text{ Talleres Realizados al Usuario Externo} / \text{Cantidad de Talleres Programados}}{\text{Anual}}$	40%	60%	UGC	Mensual
	Porcentaje de reclamos resueltos	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de reclamos fundados} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ de reclamos interpuestos en el Libro de Reclamaciones}}$	50%	80%	UGC	Mensual/Trimestral/Semestral
SATISFACCION DEL USUARIO	Porcentaje de Usuarios Satisfechos con atención en emergencia	$\frac{\text{Número de Usuarios Encuestados que resulten satisfechos o muy satisfechos en el Servicio de Emergencia} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ Usuarios Encuestados}}$	75%	80%	UGC	Semestral/Anual
	Porcentaje de Usuarios Satisfechos con atención en Hospitalización	$\frac{\text{Número de Usuarios Encuestados que resulten satisfechos o muy satisfechos en el Servicio de Hospitalización} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ Usuarios Encuestados}}$	75%	80%	UGC	Semestral/Anual
MEDICION DEL TIEMPO DE ESPERA	Estudio de Tiempo de espera para atención en el servicio de Laboratorio	$\frac{\text{Suma de Tiempo Promedio transcurrido entre la hora de cita del pacientes y su entrada a Laboratorio} / \text{N}^\circ \text{ Usuarios Evaluados}}$	40%	60%	UGC	Trimestral
	Estudio de Tiempo de espera para atención en el servicio de Farmacia.	$\frac{\text{Suma de Tiempo Promedio transcurrido entre la hora de cita del paciente y su entrada al servicio de Farmacia} / \text{N}^\circ \text{ Usuarios Evaluados}}$	40%	60%	UGC	Trimestral





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

XI. RESPONSABILIDADES

CPC. Elizabeth Elías Rodríguez	Jefe de Unidad de Gestión de Calidad
Mc.Hairo Dedios Solis	Responsable del Área de Garantía de Calidad
Lic. Paula Zamora Ruiz	Responsable del Área de Mejora de Calidad y de Plataforma de Atención al Usuario.

Julia Rosa Alva Sánchez Coordinador Equipo de Información para la Calidad

- Los líderes de la entidad Directivos, Jefes de Oficinas, Unidades y los Servidores Asistenciales y Administrativos; tienen el compromiso institucional de la participación activa para el logro de las metas y objetivos a favor de la calidad.

XII. PROGRAMACION DE ACTIVIDADES.-





PERÚ

Ministerio de Salud

Viceministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud

XIII. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

OBJETIVO GENERAL: Contribuir a la mejora de los procesos de atención de salud a través de la implementación de los componentes del Sistema de Gestión de Calidad					METAS PROGRAMADAS AÑO 2022												RESPONSABLE			
EJE DE ACCIÓN	ACTIVIDADES	TAREAS	UM	META	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC				
1. Planificación: Fortalecer la planificación de la entidad para el desarrollo del Plan Anual de Gestión de la Calidad.	Implementar el Plan de Gestión de la Calidad (PGC) 2022.	• Elaboración de Propuesta del Plan de Gestión de la Calidad	Plan	1	1													Jefe de Unidad		
		• Aprobación mediante acto resolutorio del PGC	Resolución Directoral	1		1													Dirección Ejecutiva	
		• Difusión y Socialización de documento técnico PGC	Informe	1		1													Jefe de Unidad	
		• Conformación del Equipo para el Monitoreo y Avance del PG	Resolución Directoral	1		1													Jefe de Unidad	
		• Monitoreo del Avance del Plan de Gestión de la Calidad	Informe	4			1			1				1				1	Jefe de Unidad	
		• Análisis, Evaluación y Seguimiento a los resultados de Indicadores de gestión.	Informe	4				1			1				1				1	Jefe de Unidad
		• Informe y Difusión de los resultados de la evaluación de indicadores de UGC	Informe	4				1			1				1				1	Jefe de Unidad
		• Actualización y Oficialización del Equipo de acreditación de la entidad	Resolución Directoral	1				1												Dirección Ejecutiva
		• Actualización y Oficialización del Equipo de acreditación de la entidad	Resolución Directoral	1				1												Dirección Ejecutiva
		• Capacitación al Equipo de Acreditación y Evaluaciones Internas referente al proceso de acreditación de la entidad	Capacitación	1					1											Equipo de UGC
2. Autoevaluación en el Marco de la Acreditación es el eje que articula las actividades y tareas	Organizar y planificar el proceso de Autoevaluación	• Elaboración del Plan de Autoevaluación	Plan	1			1											Evaluadores Internos		
		• Asignación y/o encargo de los responsables de los Macro procesos	Listado	1			1												Equipo de UGC	
		• Aprobación del Plan de Autoevaluación	Resolución Directoral	1				1											Dirección Ejecutiva	
		• Asistencia Técnica en el manejo de las herramientas e instrumentos de evaluación interna para la acreditación	Lista de Asistencia o Registro Virtual	1							1									Equipo de UGC
		• Comunicación del Inicio de Autoevaluación	Documento físico o Virtual	1														1		Dirección Ejecutiva
		• Aplicación del listado de estándares de la acreditación	hoja de registro	1															1	





PERÚ

Ministerio de Salud

Viceministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud

Hospital Carlos Lanfranco La Hoz

OBJETIVO GENERAL: Contribuir a la mejora de los procesos de atención de salud a través de la implementación de los componentes del Sistema de Gestión de Calidad					METAS PROGRAMADAS AÑO 2022												RESPONSABLE	
IDE DE ACCIÓN	ACTIVIDADES	TAREAS	U.M	META	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC		
2. Autoevaluación en el Marco de la Acreditación en el eje que articulan las actividades y áreas	Análisis de Resultados	+ Procesamiento de Datos y Análisis de Resultados	Aplicativo	1											1		Equipo de UGC	
		+ Elaboración del Informe de Autoevaluación	Informe	1													Equipo de UGC	
	Seguimiento e Implementación de las Recomendaciones	+ Implementación de acciones de mejora en base a los resultados obtenidos en la autoevaluación	Informe	1													Equipo de UGC	
		+ Monitoreo y Evaluación de las acciones implementadas	Informe	1													Equipo de UGC	
3. Gestión del Riesgo y las Buenas Prácticas en Seguridad del Paciente	Organizar los equipos para la implementación el Plan de Seguridad del paciente	+ Actualizar el acto resolutorio que aprueba y conforma el Equipo de Rondas	Resolución Directoral	1		1											Dirección Ejecutiva	
		+ Actualizar el acto resolutorio del Equipo Conductor para la implementación de la LVSC y las coordinaciones	Resolución Directoral	1		1												Dirección Ejecutiva
		+ Actualizar la Resolución del Comité de Eventos Adversos	Resolución Directoral	1		1											1	Dirección Ejecutiva
		+ Elaboración de Propuesta del Plan de Seguridad del Paciente	Plan	1		1												Jefe de Unidad
		+ Difusión y socialización del Plan de Seguridad del Paciente	Informe	1		1												Equipo de UGC
		+ Monitoreo y Evaluación del Plan de Seguridad del Paciente	Informe	1		1												Equipo de UGC
	Fortalecer competencias en Buenas Prácticas de Atención y Gestión del riesgo	+ Capacitación en gestión del riesgo asistencial, rondas de seguridad del paciente.	Personas Capacitadas	40					1					1				Equipo Capacitación
		+ Capacitación en el sistema de registro, notificación de incidentes, eventos adversos.	Personas Capacitadas	40				1					1					Equipo Capacitación
		+ Capacitación para fortalecer los aspectos técnicos de la aplicación de la LVSC.	Personas Capacitadas	40						1							1	Equipo de Garantía
	Fortalecer el Sistema de Registro-Notificación-Análisis de Eventos	+ Registro de informe semestral y consolidado de los eventos adversos	Informe	2							1						1	Equipo de Garantía
		+ Evaluación bimestral de los formatos de la Lista de Verificación de la Seguridad del Paciente y su procedimiento quirúrgico aplicado	Informe	4			1				1				1		1	Equipo de Garantía
	Promover los Objetivos Internacionales en Seguridad del Paciente	+ Aplicación semestral de la encuesta para evaluar la implementación de la LVSC según guía técnica	Informe	2							1						1	Equipo de Garantía
+ Implementación de Prácticas Seguras		Informe	2							1						1	Jefes de Bins y Servicios Asistenciales	





PERU

Ministerio de Salud

Viceministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud

Hospital Carlos Lanfranco La Hoz

OBJETIVO GENERAL: Contribuir a la mejora de los procesos de atención de salud a través de la implementación de los componentes del Sistema de Gestión de Calidad					METAS PROGRAMADAS AÑO 2022												RESPONSABLE	
EJE DE ACCIÓN	ACTIVIDADES	TAREAS	U.M	META	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC		
3. Gestión del Riesgo y las Buenas Prácticas en Seguridad del Paciente	Implementar Rondas de Seguridad del Paciente	• Ejecución de Rondas de Seguridad del Paciente	Nº Rondas	12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	Comité de Rondas	
		• Programación de Rondas	Informe	4			1			1			1				1	Comité de Rondas
		• Monitoreo de las acciones de mejora post ronda	Informe	4			1			1			1				1	Equipo de UGC
	Fortalecer el Proceso de Análisis de Eventos Adversos	• Análisis de los Eventos Adversos	Informe	4			1			1			1			1	Equipo de UGC	
4. Gestión de la Auditoría de la Calidad de Atención en Salud	Planificar las actividades para la implementación de la Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud.	• Elaboración del Plan de Auditoría de la Calidad	Plan	1		1											Equipo de UGC	
		• Aprobación mediante acto resolutorio del PAC	Resolución Directoral	1		1												Dirección Ejecutiva
		• Difusión y Socialización de documento técnico PAC	Informe	1			1											RR.PP/Comun
		• Evaluación del cumplimiento del Plan Anual de Auditoría de Calidad	Informe	4			1			1			1				1	Equipo de UGC
	Promover el Uso de Guías de Práctica Clínica y/o Procedimientos.	• Consolidar el Listado de Guías de Práctica Clínica y los procedimientos clínicos	Informe	1			1											Equipo de UGC
		• Medir la adherencia de GPC y Guía de Procedimientos	Informe	4			1			1			1				1	Equipo de UGC
		• Asesorar y brindar asistencia técnica en la formulación de Guías de Práctica Clínica, Guía de Procedimientos, Listado de Verificación y Consentimiento Informados.	reporte	2				1						1				Equipo de UGC
	Implementar la Auditoría de la Calidad de Atención en Salud	• Realizar Auditoría de la Calidad de Atención en Salud	Informe	4			1			1			1				1	Equipo de UGC
		• Coordinar con el omite de Auditoría Médica para la realización de auditoría del caso	Documento físico o Virtual	1			1											Equipo de UGC
		• Seguimiento de la Implementación de las recomendaciones.	Informe	2						1							1	Equipo de UGC
Fortalecer las competencias en Auditoría de la Calidad en Salud.	• Difusión de la Norma Técnica de Auditoría	Informe	1			1											RR.PP/Comun	
	• Capacitación a los Comités de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud	Personas Capacitadas	60				30						30				Equipo de UGC	





PERU

Ministerio de Salud

Viceministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud

Hospital Carlos Lanfranco La Hor

OBJETIVO GENERAL: Contribuir a la mejora de los procesos de atención de salud a través de la implementación de los componentes del Sistema de Gestión de Calidad				METAS PROGRAMADAS AÑO 2022												RESPONSABLE			
DE DE ACCION	ACTIVIDADES	TAREAS	ILM	META	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	A GO	SET	OCT	NOV		DIC		
5. Gestión y Control y Área Gestión	Fortalecer el diseño organizacional y de competencias para el proceso de mejora continua	• Elaboración de Cartas de Proyectos de Mejora Continua de la calidad según problemáticas identificadas	Informe	1					1								Equipo PAUS		
		• Clasificación de los equipos de mejora según problemáticas identificadas	Evaluación Directorial	1					1									Gerencia Hospitalaria	
	Implementar oportunamente acciones de mejora y acciones correctivas con el objeto de regular los procesos que afectan al MCLM	• Cooperación a los integrantes de los equipos de mejora con estrategias e instrumentos para fortalecer los conocimientos, actitudes y prácticas referidos a la gestión de mejora continua	Personas Capacitadas	50						30					30			Equipo Operativo PAUS	
		• Implementación de Proyectos/Planes/Acciones de Mejora en relación a los áreas de gestión de la calidad y su problemática institucional	Acta/Informe	3				1						1			1	Equipo de PAUS	
6. Gestión de Relaciones al Paciente - RAS	Fortalecer el diseño organizacional de la Plataforma de Atención al Usuario	• Monitoreo de la elaboración e implementación de Proyectos de Mejora continua, planes y acciones de mejora en relación a las áreas de gestión de la calidad y su problemática institucional	Informe	4			1			1			1			1	Equipo de Mejora		
		• Revisar el Plan de Plataforma de Atención al Usuario del MCLM	Plan	1		1												PAUS	
	Fomentar la difusión de los Derechos y deberes de los usuarios en salud y canales de atención al usuario	• Emitir un Informe Síntesis de las acciones realizadas según el Plan de la PAUS	Informe	4			1				1			1			1	PAUS	
		• Difusión de los derechos y deberes de los usuarios en salud al personal interno	Informe	4			1				1			1			1	PAUS	
	Fortalecer las competencias para la difusión y protección de los Derechos de los Usuarios de los Servicios de Salud	• Difusión de los derechos y deberes de los usuarios en salud al personal externo	Informe	8			1		1		1		1		1		1	PAUS	
		• Capacitación en servicio al personal de la PAUS en relación a los normativos y derechos, deberes y deberes en salud, procesos de atención de reclamos, conasec llamado del Libro de Reclamaciones	Personas Capacitadas	4			1				1			1			1	Equipo Operativo PAUS	
	Desarrollar acciones de mejora para la atención de consultas, reclamos y sugerencias de los usuarios externos	• Reunión de integración con el personal de PAUS	Informe	2							1						1	Equipo Operativo PAUS	
		• Informe estadístico de las atenciones realizadas por el personal de la PAUS en relación a consultas inmediatas	Informe	12		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	PAUS
		• Reporte de los Reclamos Inmediatos en el Libro de Reclamaciones	Reporte	12		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	PAUS
		• Recepción de Reclamos, recopilación de datos y estadísticas, que permitan el análisis de respuestas inmediatas y las recomendaciones derivadas de los reclamos	Informe	4				1				1			1			1	PAUS
• Monitoreo y seguimiento a la elaboración de informes del Libro de Reclamaciones y libro de sugerencias		Informe	4				1				1			1			1	PAUS	
• Situación de acciones acordadas en la comunicación, a información oportuna a los familiares directos y autorizados de los pacientes hospitalizados en el CAAT, en estado grave, muy grave y en recuperación, favorable que requiera una acción oportuna y urgente		Reporte	12		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	PAUS	
• Comunicar información al usuario y la información	Informe	4				1				1			1			1	PAUS		





OBJETIVO GENERAL: Contribuir a la mejora de los procesos de atención de salud a través de la implementación de los componentes del Sistema de Gestión de Calidad					METAS PROGRAMADAS AÑO 2022												RESPONSABLE		
EJE DE ACCIÓN	ACTIVIDADES	TAREAS	U.M	META	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC			
6. Gestión de relaciones con el Usuario Externo - PAUS	Desarrollar mecanismos que faciliten a los usuarios externos a la información	* Ejecución de acciones adecuadas en la comunicación e información oportuna a los familiares directos y autorizados de los pacientes hospitalizados en el CAAT en estado grave, muy grave y en recuperación favorable que resulte una acción ejecutada y cumplida	Reporte	12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	PAU		
		* Elaboración de Consolidación de Información de la Atención, comunicación y seguimiento al paciente atendido por reclamos, del CAAT, por recepción del buzón de sugerencias	Informe	4			1				1			1			1	PAU	
7. Gestión de la Información: Medición del grado de satisfacción del Usuario Externo y Tiempo de Espera	Medición de la Satisfacción del Usuario Externo.	* Elaboración y aprobación del Plan de Trabajo Anual de Información para la Calidad.	Documento aprobado	1	1												Equipo Información		
		* Elaboración del Plan de Evaluación del proceso de Medición de Satisfacción del Usuario Externo.	Documento aprobado	1			1											Equipo Información	
		* Estandarización de procedimientos por cada actividad de los servicios de Emergencia, Hospitalización y Consulta Externa	Reporte evaluado	4				1										Equipo Información	
		* Aplicación de técnicas de encuestas para la satisfacción del usuario externo	Informe						1				1				1	Equipo Información	
		* Emisión de Informe de proceso a la Medición de Satisfacción del Usuario Externo en Emergencia, Hospitalización y Consulta Externa	Informe	3					1				1				1	Equipo Información	
		* Monitoreo y Seguimiento a los indicadores, resultados de la medición y cumplimiento de recomendaciones post medición de la satisfacción del usuario en Emergencia, Hospitalización y Consulta Externa	Informe	2								1						1	Jefe de Unidad
		* Elaboración del Plan de Estudios y medición del tiempo de espera en Consulta Externa, Farmacia y Laboratorio	Plan	1				1											Equipo Información
		* Emisión de Informe a la medición de tiempo de espera en Consulta Externa, Farmacia y Laboratorio	Informe	4					1					1				1	Equipo Información
		* Recopilación de datos y registros sobre la insatisfacción del usuario externo por falta de acceso oportuno a la atención de salud	Informe	2								1						1	Equipo Información
		* Seguimiento del cumplimiento de recomendaciones post medición de tiempo de espera en Consulta Externa, Farmacia y Laboratorio.	Informe	2					1						1				Equipo Información





PERÚ

Ministerio de salud

Viceministerio de Prestación y Avance de la Salud

Hospital Carlos Lanfranco La Hoz

OBJETIVO GENERAL: Contribuir a la mejora de los procesos de atención de salud a través de la implementación de los componentes del Sistema de Gestión de Calidad					METAS PROGRAMADAS AÑO 2022												RESPONSABLE	
EJE DE ACCIÓN	ACTIVIDADES	TAREAS	U.M	META	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC		
7. Gestión de la Información, Medición del grado de satisfacción del Usuario Externo y Tiempo de Espera	Fortalecer las competencias de los servidores que brindan atención o trato directo a los usuarios	• Elaborar el Taller de Capacitación del Buen Trato Humanizado en el periodo 2022 en dos fases: la primera fase dirigida para el personal de Ventanillas Únicas, Admisión de Emergencia, Caja de Emergencia y Consultorios, SIS, Farmacia, Laboratorio, PAUS, SSGG y Servicio de Seguridad y Vigilancia. Segunda fase para los profesionales médicos y no médicos, jefe de unidades y directivos	Personas Capacitadas	240				60			60						60	Equipo Capacitación
	Estandarizar los procedimientos de Medición de Tiempo de Espera en los servicios de: Emergencia, Hospitalización, Laboratorio, Farmacia u otros servicios críticos.	• Realizar los estudios y medición de tiempo de espera con las herramientas y técnicas adecuadas que generen un indicador medible y confiable	Informe	3														1

