HOSPITAL
Carlos Lanfranco La Hoz

N° 33-03/2021-HCLLH/SA

República del Perú

Resolución Directoral

Puente Piedra, 18 de Marzo del 2021.

VISTO:

El expediente 0000841, que contiene la Nota Informativa N° 017-02-2021-OPE-HCLLH, emitido por la Jefa de la Oficina de Planeamiento Estratégico del HCLLH; que adjunta el Informe N° 019-02-2021-EP-OPE-HCLLH, de fecha 25 de febrero de 2021, emitido por el Coordinador Equipo de Planeamiento del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz (HCLLH), mediante el cual otorga Opinión Favorable al "Plan de Gestión de la Calidad del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz - 2021"; y ei Informe Legal N° 058-2021-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, mediarte 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 Nº 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 acuerdos a las normas vigentes, para fortalecer las actividades, reducir las debilidades orientándose al sentido de la planificación y organización;

Que, mediante Informe Nº 019-02-2021-EP-OPE-HCLLH, de fecha 25 de febrero de 2021, el coordinador del Equipo de Planeamiento del HCLLH, emite opinión favorable al Plan de Gestión de la Calidad del HCLLH- 2021;

Que, resulta necesario aprobar el Plan de Gestión de la Calidad del HCLLH- 2021, que tiene como finalidad establecer objetivos, resultados y actividades orientadas a la mejora continua de los procesos estratégicos, misionales y de apoyo del Hospital Carlos Lanfranco la Hoz para el periodo 2021;

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 Nº 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 1º .- APROBAR, el Plan de Gestión de la Calidad del Hospital Carlos Lanfranco la Hoz - 2021, que consta de 18 folios; el mismo que forman parte integrante de la presente Resolución.

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

ARTÍCULO 3º . – 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 4º .- 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

PERU | MINISTERIO DE SALUD | HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ

DR. ENRIQUE BRICEÑO ALIAGA
CMP Nº 26793 RNE Nº 30458
DIRECTOR EJECUTIVO (e) HCLLH

ETBA/JMLC/MMRV/EER/EPM
Cc.
- Oficina de Administración
- Oficina de Planeamiento Estratégico
- Unidad de Gestión de la Calidad
- Asesoría Legal

MINISTERIO DE SALUD

HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ

PLAN DE GESTION DE LA CALIDAD

2021

"Mi trato es para ti, el mismo que quiero para mi"

Índice

I. Introducción..... 3
II. Finalidad..... 3
III. Objetivo..... 4
IV. Base Legal..... 4
V. Ámbito de aplicación..... 6
VI. Organigrama Funcional..... 6
VII. Recursos..... 8
VIII. Contenido..... 8
IX. Estrategias..... 13
X. Indicadores..... 14
XI. Responsabilidades..... 15
XII. Programación de actividades..... 16

I. INTRODUCCION

Nuestra Institución Hospital Carlos Lanfranco la Hoz viene trabajando en uno de sus objetivos principales que es brindar una atención en salud con calidad y calidez, para esto se suma el esfuerzo de todos trabajadores que forman parte del sistema de salud. Debemos recordar que la baja calidad de la atención constituye actualmente uno de los mayores obstáculos para enfrentar con éxito los problemas sanitarios reconocidos como prioridades nacionales principalmente la mortalidad materna, la mortalidad neonatal y la desnutrición infantil, a diferencia de otros problemas de salud, requieren una adecuada capacidad de atención y fundamentalmente intervenciones de calidad.

Debemos señalar que Gestión de la Calidad en Salud es diseñar, planificar, evaluar y supervisar las actividades de mejoramiento y garantía de la calidad, teniendo como fin supremo la satisfacción del usuario; actualmente se ha logrado realizar capacitaciones de sensibilización y humanización con todo el personal de la Institución en temas de calidad, a fin de poder garantizar una adecuada atención.

La Unidad de Gestión de la Calidad elabora el presente documento "Plan de Gestión de la Calidad del HCLLH" que reúne todas las actividades que están incluidas en cada una de las líneas de trabajo del Sistema de Gestión de la Calidad, como son: Acreditación, Auditoría, Seguridad del Paciente, Medición de Satisfacción del usuario externo y Mejora Continua. Cada línea de acción tiene sus actividades propias según sus objetivos específicos, plenamente desarrollados.

El presente Plan representa el esfuerzo de todo el equipo de nuestra Unidad para lograr nuestras actividades, considerando además su monitoreo y evaluación de los resultados en un solo instrumento de gestión, que permita el abordaje integral del trabajo en calidad que nos vemos impulsados y comprometidos en realizar para el logro de los objetivos institucionales, con un énfasis mayor en las Rondas de Seguridad y la Autoevaluación para la Acreditación, por ser parte de los Compromisos de Mejora Institucional 2021.

Como estrategias para poder cumplir con las acciones presentadas dentro del plan es fortalecer las capacidades técnicas de los comités involucrados en temas de calidad, así como la capacidad operativa del equipo de Gestión de la Calidad y derechos de las personas.

De igual modo consideramos que para poner en marcha estos procesos que conlleven a garantizar la prestación de dichos servicios, es necesario el compromiso de todo el personal, especialmente en quienes ejercen liderazgo y los que desempeñan cargos directivos, evidenciándose también la necesidad de impulsar el trabajo en equipo.

II. FINALIDAD

El presente plan tiene como finalidad establecer objetivos, resultados y actividades orientadas a la mejora continua de los procesos estratégicos, misionales y de apoyo del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz para el período 2021.

III. OBJETIVO:

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.

- **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.

b. Objetivo General:

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

c. Objetivos Específicos:

1. Fortalecer una cultura de la calidad y mejora continua en los diferentes servicios del hospital a través de capacitaciones, acciones de mejora, proyectos de investigaciones de calidad.
2. Identificar inconformidades en el proceso de atención a través de las auditorías de calidad de atención en salud.
3. Establecer acciones para la gestión del riesgo y la seguridad de la atención, sostenibilidad de la aplicación de la lista de verificación de la seguridad del paciente y rondas de seguridad del paciente.
4. Establecer acciones para la gestión de procesos para alcanzar la acreditación a través de la realización de la autoevaluación institucional.
5. Contribuir a la gestión de las relaciones con usuario externo a través de la promoción de los derechos, difusión de los deberes del usuario, atención a los reclamos y otras mediciones para la identificación de oportunidades de mejora.
6. Determinar el nivel de satisfacción de los usuarios externos mediante la aplicación de la Encuesta Institucional.

IV. BASE LEGAL

- ✓ Ley 26842. Ley General de Salud.
- ✓ Ley N° 29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud.

- ✓ 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 de la Cirugía.
- ✓ 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 a 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.
- ✓ RM 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 Jefatural N° 393-2016/IGSS, que aprueba la Directiva Sanitaria N° 003-IGSS/V.01 "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° 850-2016/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".
- ✓ Resolución Ministerial N° 105-2021/MINSA, que aprueba la 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 alcanzado en el año 2021".

V. AMBITO DE APLICACIÓN

El presente Plan Anual de Gestión de la Calidad 2021 es de aplicación en todas las unidades orgánicas y funcionales del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz.

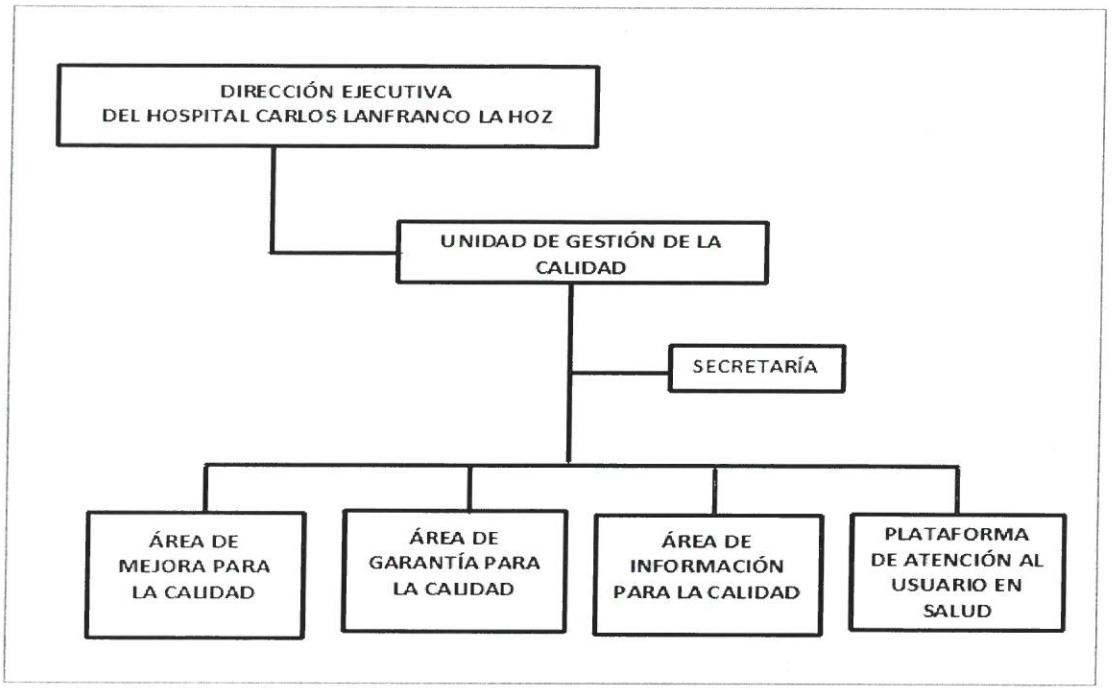
VI. ORGANIGRAMA FUNCIONAL

a. Organigrama

Somos una unidad orgánica 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.

La Unidad cuenta con tres (03) áreas: Mejora para la Calidad, Garantía para la Calidad e Información para la Calidad; asimismo, tiene a su cargo la Plataforma de Atención al Usuario en Salud.

Interactuamos 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.



b. **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.
- 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.
- Promover en la ejecución de estudios de investigación en calidad de servicios de salud.

- 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.

VII. RECURSOS

a) Recursos Humanos

La Unidad de Gestión de la Calidad, para dar cumplimiento a sus actividades cuenta con el siguiente personal:

PROFESIONAL	NOMBRADO	CAS	SERV. TERCERO	TOTAL
Contadora	01			01
Abogados	01		01	02
Médico			01	01
Educadores en Salud	01	01		02
Economista	01			01
Administradora	01			01
Téc. Administrativa			01	01
Asistentes Administrativos		01	04	05
	05	**02**	**07**	**14**

b) Recursos Informáticos y Mobiliario

N°	DESCRIPCION	Cantidad
1	Pentium IV nueva	01
2	Pentium IV reparadas	01
3	Laptops reparadas	02
4	Impresora láser jet reparada	01
5	Escritorios de madera (estado conservado)	01
6	Escritorio de metal (estado conservado)	02
7	Anaqueles de madera (estado conservado)	02

VIII. CONTENIDO

8.1 LÍNEAS O EJES DE ACCIÓN DEL SISTEMA GENERAL DE CALIDAD

Para el logro de sus objetivos la Unidad de Gestión de la Calidad desarrolla líneas o ejes de acción:

- **AUTOEVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN ESTABLECIMIENTOS**

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.

El hospital ha llevado el proceso de autoevaluación desde el año 2008; cada autoevaluación implicó la designación formal de Evaluadores Internos y la elaboración y oficialización del Plan de Autoevaluación.

A lo largo de estos años, se han implementado diversas estrategias como la semaforización del monitoreo de los macro procesos priorizados, el monitoreo del cumplimiento de los compromisos para mejorar los estándares, a la asistencia técnica permanente de los servicios, entre otras estrategias, todo ello con la finalidad de mejorar continuamente los procesos y cumplir con los estándares establecidos para la acreditación. En el 2021, el proceso de Autoevaluación forma parte de los Compromisos de Mejora Institucional.

- **AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN**

Permite evaluar el desempeño de los diversos actores asistenciales 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.

Anualmente el hospital formula y aprueba el Plan de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud, en el marco de la NTS N° 029-MINSA/DIGEPRES-V.02-2016 "Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud". Asimismo, se conforma el Comité de Auditoría Médica y el Comité de Auditoría en Salud.

- **GESTIÓN DEL RIESGO Y LAS BUENAS PRÁCTICAS EN SEGURIDAD DEL PACIENTE**

La gestión del riesgo y seguridad del paciente es objetivo permanente de la Unidad de Gestión de la Calidad, ello se logrará mediante la reducción y mitigación de actos inseguros dentro del sistema de salud a través del uso de las mejoras prácticas, que garanticen la obtención de óptimos resultados para el paciente. 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.

Las Rondas de Seguridad, consiste en una visita programada de un servicio seleccionado al azar, cuya finalidad es identificar 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. En el 2021, las rondas de seguridad forman parte de los Compromisos de Mejora Institucional.

La Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía en Centros Quirúrgicos se orienta a reducir los eventos adversos asociados a la atención de los pacientes en sala de operaciones, las complicaciones quirúrgicas y mejorar la comunicación y el trabajo en equipo en la sala de operaciones.

- **MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD**

Constituye la razón de ser de la Unidad de Gestión de la Calidad, es un proceso permanente y gradual en toda la organización donde a partir de las brechas y problemas encontrados se desarrollan oportunidades de mejora continua de la calidad valiéndose de la metodología e instrumentos de la calidad. Por ello, se tiene como prioridad desarrollar curso talleres de fortalecimiento de capacidades para el desarrollo de proyectos de mejora (PCM), dirigidos a los equipos técnicos de los diferentes departamentos, servicios y unidades del hospital, para sensibilizar y capacitar la filosofía de instrumentos de Mejora Continua de la calidad.

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 PMC.

- **GESTIÓN DE LAS RELACIONES CON EL USUARIO EXTERNO – PLATAFORMA DE ATENCIÓN AL USUARIO EN SALUD (PAUS)**

En el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz se ha implementado un espacio físico con recursos y personal responsable de brindar acogida, acompañamiento, orientación, atención de consultas, reclamos, sugerencias e información de los servicios que brinda la institución, denominada Plataforma de Atención al Usuario en Salud – PAUS.

Libro de Reclamaciones

Es un registro de naturaleza física o virtual provista por la IPRESS pública, privadas o mixtas, en el cual los usuarios o terceros legitimados pueden interponer sus reclamos ante su insatisfacción con los servicios, presentaciones o coberturas, relacionadas con su atención, de acuerdo a la normativa vigente.

- **MEDICIÓN DE GRADO DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO EXTERNO**

Proceso referido a la valoración de la calidad de la atención en los servicios de salud por el usuario externo, a través de las principales actividades del proceso de atención.

Frente a la gran demanda de atención de Establecimiento de Salud se percibe un grado de insatisfacción creciente de los usuarios del sistema de salud de

allí la necesidad de explorar otras metodologías con cuestionarios sencillos y de fácil aplicación que muestren resultados para la toma de decisiones y genere un proceso de mejora continua de la calidad de atención.

Para el año 2021, se ha programado encuestar a 300 usuarios externos, dicha Encuesta es propia de la Institución.

8.2 ACCIONES PRIORITARIAS

Es prioridad entre otras acciones las siguientes:

a) Continuar desarrollando el proceso de Autoevaluación en el HCLLH en el marco de la Acreditación.

b) Aplicación de las Rondas de Seguridad del Paciente.

c) Promover y fortalecer el Sistema de Registro, Notificación y Análisis de la ocurrencia de Eventos Adversos.

d) Realizar la Auditoría de la Calidad de Atención en Salud para fortalecer la calidad de servicio.

e) Formular e Implementar Proyectos de Mejora Continua de la Calidad.

f) Determinar el nivel de Satisfacción de Usuario Externo en Consulta Externa, Hospitalización y Emergencia para impulsar el desarrollo de proyectos de mejora continua de la calidad.

g) Monitorear e implementar mejoras en base a las sugerencias registradas a través de los módulos de escucha al usuario (Plataforma de Atención al Usuario, Libro de Reclamaciones).

h) Realizar seguimiento y asistencia técnica a las observaciones hechas llegar a las diferentes unidades orgánicas en el proceso de mejora de la calidad en el hospital.

i) Implementar el uso de Protocolos de Atención, Guías de la Práctica Clínica, Manuales de Procedimientos para mejorar la calidad de atención.

8.3 ACTIVIDADES Y TAREAS

a) Autoevaluación en el marco de la Acreditación

- ✓ Conformar el Equipo de Acreditación del HCLLH, 2021.
- ✓ Conformar el Equipo de Evaluadores Internos del HCLLH, 2021.
- ✓ Formular y aprobar el Plan de Autoevaluación del HCLLH, 2021.
- ✓ Capacitación a los Evaluadores Internos referente a la Norma Técnica de Salud: Acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo.
- ✓ Difusión y socialización del Documentos Técnico a las Jefaturas de las Unidades Orgánicas.

- ✓ Comunicación del inicio y duración de la Autoevaluación, a la DIRIS Lima Norte y Unidades Orgánicas.
- ✓ Ejecutar la autoevaluación en base a los criterios y estándares de 21 macroprocesos.
- ✓ Elaborar el informe de resultados, conclusiones y recomendaciones de la Autoevaluación realizada.
- ✓ Realizar el seguimiento e implementación de las recomendaciones (Plan de Intervención con las acciones de mejora)

b) Auditoría en la Calidad de Atención en Salud

- ✓ Conformar el Comité de Auditoría de la Calidad en Salud del HCLLH 2021: Comité de Auditoría Médica y comité de Auditoría en Salud.
- ✓ Elaborar el Plan de Auditoría de la Calidad de Atención del HCLLH 2021.
- ✓ Difundir el Plan de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud a las Jefaturas de las Unidades Orgánicas del HCLLH.
- ✓ Realizar Auditorías de la Calidad de Registro programadas.
- ✓ Realizar auditorías de caso según demanda.
- ✓ Realizar seguimiento e implementación de recomendaciones.
- ✓ Realizar el seguimiento del cumplimiento de las recomendaciones de auditorías realizadas.
- ✓ Apoyo en la revisión de GPC/GP elaboradas a demanda por los Departamentos.
- ✓ Capacitar a los profesionales de salud en el marco normativo de auditoría de salud y/o uso de GPC, instrumento AGREE, Medicina basada en evidencias.

c) Gestión del Riesgo y las Buenas Prácticas en Seguridad del Paciente

- ✓ Elaborar el Plan de Seguridad del Paciente del HCLLH, 2021.
- ✓ Conformar mediante RD los Equipos para la Implementación del Plan de Seguridad del Paciente del HCLLH, 2021:
  - Comité de Seguridad del Paciente;
  - Equipo de Fortalecimiento del Sistema de Notificación de Incidentes, Eventos Adverso y Eventos Centinelas;
  - Equipo de Rondas de Seguridad;
  - Equipo Conductor de la Implementación de la Lista de Verificación de Cirugía Segura).
- ✓ Capacitar a los Servicios Asistenciales en Rondas de Seguridad, Notificación de Eventos Adversos, Eventos Centinelas y aprendizajes a partir del error.
- ✓ Elaborar el Reporte de Servicios que notifican Incidentes y Eventos Adversos.
- ✓ Consolidar la información remitida por parte de los Servicios respecto a la Notificación de Incidentes y Eventos Adversos.

- ✓ Ejecutar e informar los resultados de la Ronda de Seguridad del paciente utilizando el aplicativo del OGC y OP IGSS, para identificar prácticas durante la atención de salud e incluir acciones de mejora post ronda.
- ✓ Seguimiento del Cumplimiento del Plan de Acción Post Ronda de Seguridad.
- ✓ Monitorizar el cantado efectivo en las 3 etapas de la aplicación de la LVSC.
- ✓ Realizar la encuesta para evaluar la implementación de la LVSC.

d) Implementación de Proyectos y/o acciones de Mejora

- ✓ Elaborar el Plan de Proyectos de Mejora Continua de la Calidad 2021.
- ✓ Formular proyectos y/o acciones de Mejora Continua de la Calidad.
- ✓ Emitir informe técnico del proyecto y/o acciones de mejora continua.

e) Gestión de las Relaciones con el Usuario Externo: PAUS, Libro de Reclamaciones en Salud.

- ✓ Elaborar el Plan de la Plataforma de Atención al Usuario.
- ✓ Fortalecer la continuidad de la Plataforma de Atención al Usuario en Salud.
- ✓ Facilitar el acceso al Libro de Reclamaciones en Salud.
- ✓ Elaborar Informe periódico de los reclamos suscritos en el Libro de Reclamaciones en Salud.
- ✓ Elaborar informe mensualizado sobre las actividades recibidas de la Plataforma de Atención al Usuario en Salud.

f) Encuesta de Satisfacción al Usuario

- ✓ Coordinar con la Unidad de Estadística para la selección de la muestra.
- ✓ Ejecutar la encuesta de Satisfacción de Usuario Externo en los servicios de consulta externa, hospitalización y emergencia.
- ✓ Emitir informe final con los resultados, conclusiones y recomendaciones de la encuesta: Instrumento aprobado por la Dirección Ejecutiva.

IX. ESTRATEGIAS

1. Coordinación permanente con la Unidad Funcional de Gestión de la Calidad y la Dirección de Operaciones en Salud del Ministerio de Salud.
2. Coordinación periódica con la Oficina de Gestión de Calidad de la Dirección de Redes Integradas de Lima Norte.
3. Coordinación con la Dirección Ejecutiva del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz.

X. INDICADORES

Para garantizar el cumplimiento del presente plan se realizará el seguimiento trimestral, y se elaborará informes semestrales del avance del plan de gestión de la calidad de acuerdo a los siguientes indicadores establecidos:

Acción Estratégica: Gestión orientada al resultado al servicio de la población con procesos optimizados y procedimientos administrativos simplificadas.

INDICADOR	FÓRMULA DE CÁLCULO	LÍNEA DE BASE	VALOR ESPERADO 2021	FUENTE	PERIODICIDAD
Porcentaje de reclamos resueltos	N° de reclamos atendidos x 100 / N° de reclamos registrados	10%	80%	UGC	Mensual Trimestral Semestral
Porcentaje de usuarios externos satisfechos de la calidad de atención en el HCLLH	N° de usuarios externos satisfechos de la calidad de atención x 100 / N° total de usuario externos encuestados	10%	60%	UGC	Mensual Semestral
Porcentaje de Macroprocesos que han superado el 85% de criterios óptimos en el proceso de autoevaluación	N° de Macro procesos que han superado el 85% de criterios óptimos x 100 / N° Macroprocesos programados (21)	10%	50%	UGC	Anual
Porcentaje de Acciones de mejora implementados	N° de acciones de mejora implementados x 100 / N° Acciones de Mejora programados	30%	60%	UGC	Trimestral Semestral
Porcentaje de GPC y/o GPA revisadas para la aprobación de su R.D.	N° de Guías aprobadas con R.D. 100 / N° de Guías presentadas para su revisión	10%	20%	UGC	Semestral
Porcentaje de eventos adversos registrados, notificados y analizados	N° eventos adversos analizados x 100 / N° eventos adversos ocurridos	100%	100%	UGC	Trimestral
Porcentaje de Rondas de Seguridad ejecutadas	N° Rondas de Seguridad ejecutadas x 100 / N° Rondas de Seguridad programadas	100%	100%	UGC	Mensual/ Semestral
Porcentaje de Auditorías de Calidad de Registro con puntaje aceptable	N° auditorías de calidad de registro realizadas x 100 / N° Total auditorías de calidad de registro programadas	100%	100%	UGC	Anual
Porcentaje de Recomendaciones de Auditorías de Caso implementadas	N° Auditorías de Caso realizadas x 100 / N° Total de auditorías de caso programadas	100%	100%	UGC	Semestral

Fuente:

Nombre del Indicador	Resultado 2020	Programación para el 2021
Porcentaje de reclamos resueltos	De los 134 reclamos registrados en el Libro de Reclamaciones se resolvieron 84, es decir se cumplió con el 63%.	En el 2021 se espera resolver el 85% de reclamos que registren los usuarios externos en el LR.
Porcentaje de usuarios externos satisfechos de la calidad de atención en el HCLLH	De las 100 encuestas programadas se logró encuestar a 44 usuarios externos (44%).	Para el 2021 se tiene programado realizar 300 encuestas. Por trimestre se encuestará a 75 usuarios externos.
Porcentaje de Macroprocesos que han superado el 85% de criterios óptimos en el proceso de autoevaluación	De los 21 macroprocesos sólo 2 obtuvieron un puntaje superior a 85%.	Se espera que el 50% de los macroprocesos cumplan con los criterios establecidos en la NTS 050 para obtener puntaje mayor a 85%.
Porcentaje de Acciones de mejora implementados	En el 2020 se aprobó el Plan de Acción: "Mejorar el acceso de información a familiares de pacientes COVID – 19 y otros diagnósticos".	Se tiene programado continuar con las actividades de esta acción de mejora y realizar 2 acciones de mejora.
Porcentaje de GPC y/o GPA revisadas para la aprobación de su R.D.	De las 5 GPC presentadas a la Unidad de Gestión de la calidad, se revisaron 2 las cuales cumplieron en corregir las observaciones para su aprobación con RD.	Se ha solicitado a todos los Servicios y/o Dptos. enviar sus respectivas GPC y GP para la revisión y posterior aprobación con RD. Es a libre demanda.
Porcentaje de eventos adversos registrados, notificados y analizados	Los Incidentes y/o Eventos Adversos que notificaron los Servicios se analizaron e informó a la DIRIS Lima Norte, es decir se cumplió al 100%.	Todos los Servicios cuentan con el Libro de Registro de Notificación de Incidentes y/o eventos adversos; se espera que entreguen a tiempo que notifiquen los EA para realizar mejoras.
Porcentaje de Rondas de Seguridad ejecutadas	En el 2020 se cumplió con las 12 Rondas de Seguridad programadas; es decir se logró el 100%.	Se realizará 1 Ronda de Seguridad por mes, el cual se informará mediante Informe a la DIRIS Lima Norte.
Porcentaje de Auditorías de Calidad de Registro con puntaje aceptable	En el 2020 se programó 3 Auditorías de Calidad de Registro y se cumplió al 100%.	Para el 2021 se ha programado realizar 3 Auditorías de Calidad de Registro.
Porcentaje de Recomendaciones de Auditorías de Caso implementadas	Las auditorías de caso son a demanda, en el año 2020 se realizaron 5.	Depende de la demanda.

XI. RESPONSABILIDADES

La Unidad de Gestión de la Calidad del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz supervisa, monitorea y evalúa las actividades del presente plan según los componentes del Sistema de Gestión de la Calidad.

XII. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

OBJETIVO GENERAL: Contribuir en la mejora de la atención en salud a través de la implementación de los componentes del Sistema de Gestión de la Calidad.				METAS PROGRAMADAS AL IV TRIMESTRE 2021												RESPONSABLES
ACTIVIDAD	TAREA	U.M.	META ANUAL 2021	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	
PLANIFICACIÓN PARA LA CALIDAD EN SALUD	Elaborar Plan Anual de Gestión de la Calidad del HCLLH 2021.	Plan aprobado con R.D.	1		X											Unidad de Gestión de la Calidad Jefatura
	Reuniones Técnicas de coordinación, socialización y análisis de resultados del Sistema de Gestión de la Calidad.	Actas	4			X			X			X			X	
	Informe del Plan Anual de Gestión de la Calidad 2021	Informe	4			X			X			X			X	
GESTIÓN DE PROCESOS PARA LA CERTIFICACIÓN Y/O ACREDITACIÓN DE LA IPRESS	Conformar el Equipo de Acreditación y Equipo de Evaluadores Internos del HCLLH 2021.	Equipos aprobados con R.D.	2		X											Equipo de Acreditación, Equipo de Evaluadores Internos Área de Mejora para la Calidad.
	Formular Plan de Autoevaluación en base a los 21 macroprocesos	Plan aprobado con R.D. Web Institucional	1		X											
	Capacitar a los evaluadores internos sobre la NT N° 050 "Acreditación de Establecimientos de Salud".	Informe	1				X									
	Difundir y socializar el Documentos Técnico de Autoevaluación a las Jefaturas de las Unidades Orgánicas.	Correo electrónico	32						X							
	Comunicar el inicio y duración de la Autoevaluación a la DIRIS Lima Norte	Oficio Web Institucional	1							X						

	Ejecutar la evaluación interna en base a los criterios y estándares.	Acción /Lista de Estándares	1								X						
	Elaborar informe de resultados, conclusiones y recomendaciones y seguimiento.	Informe	1									X					
	Realizar el seguimiento e implementación de las recomendaciones (Plan de Intervención con las acciones de mejora)	Informe	1													X	
IMPLEMENTACIÓN DE LA CULTURA DE LA CALIDAD Y MEJORA CONTINUA	Elaborar el Plan de Proyectos de Mejora Continua de la Calidad	Plan aprobado con R.D.	1		X												Comité de Mejora Continua de la Calidad Unidad de Gestión de la Calidad
	Implementación de Proyecto y/o Acciones de Mejora en relación a las líneas de acción del Sistema de Gestión de la Calidad.	Informe	2						X							X	
	Capacitación al personal del hospital en Proyectos de Mejora Continua.	Informe	1		X												
GESTIÓN DE LAS RELACIONES CON EL USUARIO EXTERNO	Elaborar Plan de Medición de Satisfacción del Usuario Externo	Plan aprobado con R.D.	1		X												Unidad de Gestión de la Calidad Área de Información para la Calidad
	Ejecutar encuesta oficializada por el Hospital sobre la satisfacción de usuario externo.	Encuesta	300			X			X			X				X	
	Emitir informe de resultados, conclusiones y recomendaciones de la encuesta	Informe	1							X							
	Medición de los tiempos de espera y movimientos en consulta externa.	Informe	1					X									
GESTIÓN DE LA PLATAFORMA DE ATENCIÓN AL USUARIO	Elaborar el Plan de Plataforma de Atención al Usuario en Salud (Libro de Reclamaciones en Salud)	Plan aprobado con R.D.	1		X												Plataforma de Atención al Usuario Unidad de Gestión de la Calidad
	Emitir Informe Técnico de la Plataforma de Atención al Usuario en Salud.	Informe	12	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
	Emitir reporte del Libro de Reclamaciones a DIRIS Lima Norte	Informe	4			X			X			X				X	

		Elaborar reporte del Libro de Reclamaciones a HCLLH	Informe	12	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
		Elaborar Informe de Gestión de Plataforma de Atención al Usuario	Informe	4			X			X			X			X	
		Formular el Plan de Seguridad de Paciente del HCLLH.	Plan aprobado con R.D.	1		X											Comité de Seguridad del Paciente y Unidad de Gestión de la Calidad Área de Garantía para la Calidad
	GESTIÓN DEL RIESGO Y LAS BUENAS PRÁCTICAS EN SEGURIDAD DEL PACIENTE	Conformar Equipo de Trabajo de Seguridad del Paciente 2021: -Comité de Seguridad 2021. -Equipo de Fortalecimiento del Sistema de Notificación de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinelas 2021. -Equipo de Rondas de Seguridad 2021. -Equipo Conductor de Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía 2021.	Resolución Directoral	4			X										
		Capacitar a los servicios asistenciales en Rondas de Seguridad, Notificación de Eventos Adversos y Eventos Centinelas y aprendizaje a partir del error.	Informe	2					X					X			
		Elaborar el reporte de Servicio que notifican Incidentes y Eventos Adversos. Consolidar la información.	Reporte Informe	4			X			X			X			X	
		Ejecutar e informar los resultados de la Ronda de Seguridad utilizando el aplicativo del OGC y OP IGSS, para identificar prácticas inseguras durante la atención de salud e incluir acciones de mejora post ronda.	Informe	12	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
		Seguimiento del Cumplimiento del Plan de Acción Post Ronda de Seguridad	Informe	4			X			X			X			X	