



UNIDAD GESTION DE LA CALIDAD

HOSPITAL DE LA AMISTAD PERÚ COREA II-2 SANTA ROSA PIURA



PLAN ANUAL
GESTION DE LA CALIDAD
2021





INDICE

	Pág.
I. INTRODUCCIÓN	2
II. BASE LEGAL	3
III. AMBITO DE APLICACIÓN	3
IV. DEFINICIONES OPERACIONALES	4
V. OBJETIVOS	6
VI. ESTRATEGIAS	6
VII. RESPONSABLES	7
VIII. COMITES DE MEJORA DE LA CALIDAD	7
IX. INDICADORES	8
X. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	8
XI. PRESUPUESTO	9



INTRODUCCION:

"La Calidad de la atención en salud consiste en la aplicación de la ciencia y Tecnología médicas en una forma que maximice los beneficios para la salud, sin aumentar en forma proporcional a los riesgos. El grado de calidad es por lo tanto , la medida en la que se espera que la atención suministrada logre el equilibrio más favorable de riesgos y beneficios " Avedis Donabedian. En el marco de la Política Nacional de Calidad, enunciada en el año 2009, la Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital de la Amistad Perú Corea Santa Rosa II-2 suma sus esfuerzos a sus pares de las demás instituciones del MINSA, para desarrollar actividades que tienen como objetivo final brindar servicios con calidad y seguridad a nuestros usuarios de salud. Para lograr el desarrollo del Sistema de Calidad se implementan normas técnicas que se direccionan del ente rector y el uso estandarizado de conceptos en Calidad en Salud que nos permiten medir y mejorar el desarrollo de la calidad que se espera de la atención suministrada y se logre un favorable equilibrio entre los beneficios y los riesgos que conllevan la atención impartida. Además se identifican los diversos factores que influyen sobre la calidad en salud como son los recursos económicos, financieros, de estructura, observándose que el más importante es la actitud de los trabajadores de la institución, por ello, las Oficinas de Gestión de la Calidad deben elaborar una programación básica de actividades que permitirán medir y mejorar los procesos de atención para los Servicios Asistenciales y Oficinas Administrativas a fin de lograr la satisfacción tanto del usuario interno como del usuario externo.

Conocedores de esta necesidad la Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital de la Amistad Perú Corea Santa Rosa II-2 elabora el presente documento: Plan Anual de Gestión de la Calidad del HAPCSR II-2, 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, Auditoria, 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. Por tanto este documento contiene una visión macro de dichas líneas de trabajo, con productos sujetos de evaluación, los cuales se encuentran perfectamente acoplados al Plan Operativo Anual Institucional.





VII. GENERALIDADES

En Enero del 2009, se logra la creación de la Unidad Ejecutora presupuestal N° 406, con el apoyo de la presidencia del Gobierno Regional de Piura, MEF, para lo cual mejora su servicio, sistema administrativo, equipamiento y la estabilidad del trabajador, así como la comunicación interna y externa, además tiene autonomía.

El Hospital de la Amistad Perú Corea SANTA ROSA II-2, según R.D. N° 0184-2010/GOB.REG.PIURA.DRSP.DESP.DSS DE fecha 28 de Setiembre del 2010, se categoriza con el nivel II-2.

Que según R.E.R.N°254-2012/GRP.CR.se aprueba el Reglamento de organización y funciones del Hospital de la Amistad Perú-Corea Santa Rosa II-2-PIURA, que dentro de la estructura orgánica del Hospital está considerado la unidad de Gestión de la calidad, como un órgano de asesoría que jerárquicamente depende de la Dirección Ejecutiva, que dentro de su función es el órgano encargado de implementar el sistema de gestión de Calidad en el Hospital para promover la mejora continua de la atención asistencial y administrativa.

OBJETIVO DE LA OFICINA DE GESTION DE LA CALIDAD

La Oficina de Gestión de la Calidad del HSR tiene como objetivo implementar el Sistema de Gestión de la Calidad en el Hospital de la Amistad Perú Corea Santa Rosa II-2 para promover la mejora continua de la atención asistencial y administrativa, así como la seguridad del paciente, con la participación activa de todo el personal que labora en nuestro hospital.

III. AMBITO DE APLICACIÓN

El presente plan anual de gestión de la calidad es de aplicación en el Hospital de la Amistad Perú Corea Santa Rosa II-2.

IV. BASE LEGAL

1. Ley N° 26842, Ley General de Salud, y sus modificaciones
2. Ley N°27657, Ley del Ministerio de Salud.
3. Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud y su Reglamento aprobado por D.S. N° 008-2010-SA.
4. Ley N° 29414, Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud.
5. Decreto Supremo N° 013-2006-SA que aprobó el "Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".



6. Resolución Ministerial N° 502-2016/MINSA, se aprobó la Norma Técnica de Salud N° 029, MINSA/DIGEPRES V. 02 "Norma Técnica de Salud de Auditoria de la Calidad de la Atención en Salud"
7. RM N° 519-2006/MINSA, que aprobó el Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud".
8. R.M.N°640-2006/MINSA, que aprueba el manual para la mejora continua de la calidad.
9. R.M. N° 676-2006/MINSA, que aprueba el Plan Nacional para la Seguridad del Paciente 2006-2008.
10. RM N°456-2007/MINSA, que aprobó la NTS N° 050-MINSA/DGSP V.02 "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo" y sus modificatorias.
11. R.M.N°596/2007/MINSA, que aprueba el plan nacional de gestión de la calidad en salud.
12. R.M. N°727-2009/MINSA, que aprobó el Documento Técnico: Política Nacional de Calidad en Salud.
13. R.M. N°468-2011/MINSA, que aprobó el Documento Técnico: Metodología para el estudio del Clima Organizacional V 02.
14. R.M. N°095-2012/MINSA, que aprueba la Guía Técnica para elaboración de Proyectos de Mejora y la aplicación de técnicas y herramientas para la Gestión de la Calidad.
15. R.M. N°300-2013/MINSA, que aprueba la D.A N°195 MINSA/DST-OGGRH-V.01 "Directiva Administrativa para la Implementación de los Principios, deberes y prohibiciones éticas en el Ministerio de Salud".
16. R.M. N° 302-2015/MINSA que aprueba la NTS N° 117-MINSA/DGSP – V.01 "Norma Técnica de Salud para la Elaboración y uso de Guías de Práctica Clínica del Ministerio De Salud".
17. R.M. N° 214-2018/MINSA que aprueba la NTS N° 139-MINSA /2018/DGAIN: "Norma técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica ", que en documento adjunto forma parte integrante de la presente Resolución Ministerial.
18. R.M. N° 902-2017/MINSA, que aprueba el Documento Técnico " Catálogo de Procedimientos Médicos y Sanitarios del Sector Salud"
19. Resolución de Superintendencia N° 080-2014-SUNASA-S, que aprueba las disposiciones relativas a las "Condiciones Mínimas de los convenios o contratos suscritos entre las IAFAS e IPRESS" y sus modificaciones.
20. Resolución de Superintendencia N° 053-2015-SUSALUD/S, que aprueba el Reglamento para el Registro Nacional de Instituciones Prestadoras de Servicios



- 
- 
21. Resolución Ministerial N° 038-2020/MINSA, aprueba la "Directiva Administrativa N°0283- NIINSA/2020/DGOS, Directiva Administrativa que regula los aspectos metodológicos para la evaluación del cumplimiento de los indicadores de desempeño y compromiso de mejora de los servicios en salud alcanzado en el año 2020.
 22. Decreto Supremo N° 002-2019, aprueba el reglamento para la Gestión de Reclamos y Denuncias de los usuarios de las Instituciones Administradoras de Fondo 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.

V. DEFINICIONES OPERACIONALES:

- 
- 
- 
- **Acreditación:** Proceso de evaluación externa, basado en la comparación del desempeño del prestador de salud con estándares óptimos y factibles de alcanzar, formulados y conocidos por los actores de la atención de salud, y que está orientado a promover acciones de mejoramiento continuo de la calidad de atención y el desarrollo armónico de las unidades productoras de servicios en un establecimiento de salud o servicio médico de apoyo.
 - **Autoevaluación:** Fase inicial del proceso de acreditación, en la cual el equipo institucional de evaluadores internos, utilizando los Listado de Estándares de Acreditación, realizan evaluación interna para determinar el nivel de cumplimiento e identificar sus fortalezas y áreas susceptibles de mejoramiento.
 - **Atención de Salud:** Conjunto de prestaciones que se brindan a la persona, la familia y la comunidad para la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud.
 - **Auditoria de la Calidad de Atención en Salud:** Mecanismo sistemático y continuo de evaluación del cumplimiento de estándares de calidad en salud. Implica la realización de actividades de evaluación y seguimiento de procesos definidos como prioritarios, comparación entre la calidad observada y la calidad esperada. El resultado final de la evaluación realizada se comunica en el denominado "Reporte de Auditoria de la Calidad de Atención en Salud".
 - **Auditoría en Salud:** Revisión de los aspectos de la actividad del cuidado clínico de pacientes, realizada por un equipo de profesionales de la salud médicos y no médicos, cuya finalidad es mejorar la calidad de atención. Constituye una herramienta del componente de Garantía de la Calidad del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud.
 - **Auditoría Médica:** Análisis crítico y sistemático de la calidad de la atención médica, incluyendo procedimientos, diagnósticos y decisiones terapéuticas, uso de recursos y resultados de los mismos que repercutan en los desenlaces clínicos y en la calidad de vida del paciente; es realizada solamente por personal médico. Tiene por finalidad



"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"

mejorar la calidad de atención brindada al usuario, así como mejorar la calidad de los prestadores de los servicios.



- **Calidad de la Atención de Salud:** Provisión de servicios de salud a usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, considerando beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios.
- **Cultura de Seguridad:** Patrón de comportamiento individual y de la organización, basado en creencias y valores compartidos, que busca reducir al mínimo el daño que podría sufrir el paciente como consecuencia de los procesos de prestación de atención.
- **Evento Adverso:** Resultado no esperado debido a fallas durante el diagnóstico, tratamiento o cuidado del paciente y no al curso natural de la enfermedad o a condiciones propias del mismo.
- **Evento Centinela:** Incidente o suceso inexplicado que produce la muerte o serias secuelas físicas o psicológicas, o el riesgo de éstas.
- **Gestión de Riesgos:** Conjunto de actividades (planificación, organización, dirección, evaluación y aplicación) que intervienen en la reducción de los riesgos de lesión para los pacientes y personal, así como en reducción de daños o pérdidas materiales en los establecimientos sanitarios.
- **Indicadores:** Variables medibles, para indicar directa o indirecta, cambios en el estado, eficacia, eficiencia o avances del trabajo en salud.
- **Información para la calidad:** Conjunto de estrategias, metodologías, instrumentos y procedimientos que permiten contar con evidencias de manera permanente y organizada de la calidad de atención y niveles de satisfacción de los usuarios tanto externo como interno.
- **Instrumentos de calidad:** Herramientas utilizadas para alcanzar el propósito del sistema de Gestión de calidad (Encuestas de satisfacción de usuario interno y externo, Formatos para Autoevaluación, Matriz para análisis de resultados de Autoevaluación, Matriz para elaboración de Proyectos de Mejora Continua de la calidad).
- **Mejora Continua:** Consiste en incrementar la satisfacción de usuarios. La mejora continua de los servicios, procesos y sistemas debe ser un objetivo para cada persona de la organización a fin de mantener lo correcto y corregir las inconformidades, asegurando el mayor beneficio para el usuario y se reduciendo riesgos durante su atención.
- **Proyecto de Mejora Continua:** Conjunto ordenado de recursos (materiales, humanos y financieros) y acciones para alcanzar un objetivo determinado que tiene como



"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"

propósito generar cambios sostenibles en la situación encontrada en una red o centro asistencial.

- **Sistema de Gestión de la Calidad:** Conjunto de elementos interrelacionados que contribuyen a conducir, regular, brindar asistencia técnica y evaluar a los establecimientos de salud del Sector y a sus dependencias públicas y privadas del nivel nacional, regional y local, en calidad de la atención y de la gestión.

VI. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Mejorar la calidad de la atención brindada y la satisfacción de los usuarios del HAPCSR II-2.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Fomentar una cultura de Gestión de la Calidad en el HAPCSR II-2.
2. Conformar los Comités Técnicos Hospitalarios interrelacionados a Gestión de la Calidad del HAPCSR II-2 2021.
3. Iniciar el proceso de Acreditación del HAPCSR II-2.
4. Realizar Auditoria de Calidad en Salud de la atención brindada por el hospital.
5. Evaluar e implementar acciones para mejorar satisfacción del usuario externo y el Clima y Cultura Organizacional del HAPCSR II-2.
6. Implementar una cultura de atención con seguridad (Elaboración del Plan de Seguridad) previniendo la ocurrencia de incidentes, eventos adversos caídas, realizando rondas de seguridad así como la evaluación de la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura.
7. Desarrollar el Sistema de atención de Reclamos y Sugerencias de los usuarios, promoviendo la Promoción y Protección de los Derechos de los Usuarios del hospital
8. Implementar Proyectos de Mejora Continua de la Calidad
9. Promover valores Ético-morales en el personal del hospital.
10. Elaborar, difundir, implementar y capacitar sobre el uso de guías de práctica clínica y protocolos de atención asistencial en el hospital.

OBTETIVOS (RESULTADOS ESPERADOS) Y ACTIVIDADES

Las actividades a desarrollarse en el año 2021 para el logro de los objetivos institucionales se basan en los Ejes de trabajo de la OGC

ACCIÓN ESTRATÉGICA: AE 1

Garantizar y mejorar de forma continua el cuidado de la salud y la calidad de atención de los servicios de salud

1. OBJETIVO (RESULTADO ESPERADO)

Desarrollar Actividades para la Acreditación Institucional.

Actividad Operativa

- 1.1 Propuesta y formalización de un Plan de Acreditación.
- 1.2 Conformación del Equipo de Evaluadores Internos.
- 1.3 Entrenamiento de Evaluadores Internos en la Norma Técnica de Salud: Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- 1.4 Autoevaluación para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo vigente.
- 1.5 Implementación de planes y/o acciones de mejora relacionados a los resultados de Autoevaluación.

2. OBJETIVO (RESULTADO ESPERADO)

Fortalecer los Procesos de la Mejora Continua de la Calidad

Actividad Operativa

- 2.1 Monitoreo de Indicadores de Calidad en Departamentos Servicios y Oficinas del HAPCSR II-2.
- 2.2 Conformación de Equipos de Mejora entrenados en Proyectos de Mejora Continua de la Calidad.
- 2.3 Fortalecimiento de los conocimientos, actitudes y prácticas del personal Referidos a la Gestión de Proyectos de Mejora Continua
- 2.4 Implementación de proyectos de mejora relacionados a la problemática Sanitaria.
- 2.5 Monitoreo de acciones de mejora y acciones correctivas con el objeto De reducir las multas por sanciones descritas en el Reglamento de Infracciones y Sanciones de SUSALUD.

3. OBJETIVO (RESULTADO ESPERADO).

Medir la Satisfacción de los usuarios externos en el marco de la Promoción y Protección de sus Derechos.

Actividad Operativa

- 3.1. Medición de la satisfacción del usuario para gestionar aspectos críticos
- 3.2. Medición de los tiempos de espera del usuario externo para identificar las Oportunidades de mejora.
- 3.3. Cuantificar y analizar los reclamos y quejas.
- 3.4. Cuantificación y análisis de la privacidad del usuario tomando como referencia La permanencia de múltiples familiares en las salas de pacientes antes Durante y después de procedimientos a realizar en los pacientes.
- 3.5. Cuantificación y análisis de los pacientes que permanecen con dolor durante la estancia hospitalaria.

4. OBJETIVO (RESULTADO ESPERADO).

Fortalecer la Seguridad de la Atención en los Servicios Asistenciales.

Actividad Operativa

- 4.1 Implementación de los Lincamientos para la Prevención y Control de las IAAS
- 4.2 Implementación del proceso de higiene de manos en los establecimientos de salud
- 4.3 Capacitación a los Gestores de Riesgo y Auditores formalmente designados.
- 4.4 Acciones de Monitoreo, supervisión y evaluación del cumplimiento en la aplicación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía en Centro Quirúrgico.
- 4.5 Ejecución de Rondas de Seguridad.
- 4.6 Gestión del Sistema de Vigilancia y Respuesta frente a los Eventos Adversos.
- 4.7 Incorporación de los pacientes, familia y comunidad, en las acciones encaminadas a mejorar la seguridad en la atención de la salud.

5. OBJETIVO (RESULTADO ESPERADO).

Cumplir la NT de Auditoría de la Calidad de atención en Salud en los Servicios Asistenciales.

Actividad Operativa

- 5.1 Conformación de una estructura funcional para realizar las Auditorías de la

"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"

Calidad de atención en salud en el Hospital Santa Rosa según norma vigente

- 5.2 Capacitación en Auditoría de Caso a los miembros de los Comités de Auditoría.
- 5.3 Monitoreo de la realización de las Auditorías encomendadas a los Comités de Auditoría.
- 5.4 Evaluación de la Calidad de los Registros de Centro Quirúrgico.
- 5.5 Retroalimentación a los Servicios/Departamentos con los resultados de las Auditorías de registro de sus Historias clínicas.
- 5.6 Supervisión de los avances de la implementación de las Recomendaciones emitidas en las Auditorías.
- 5.7 Monitoreo de la adherencia a las Guías de Práctica Clínica actualizadas por parte de los Departamentos/Servicios.

ACCIÓN ESTRATÉGICA: AE 2

Implementación de los procesos vinculados al Registro de Historias Clínicas Electrónicas.

6. OBJETIVO (RESULTADO ESPERADO).

Actualizar los Formatos de la Historia Clínica para su informatización

Actividad Operativa

Actualización de los formatos estandarizados y no estandarizados del HAPCSR según normas vigentes para la implementación de las Historias Clínicas Electrónicas.

VII. RESPONSABLES :

- ✓ Director Ejecutivo
- ✓ Jefe de Unidad de Gestión de la Calidad.
- ✓ Coordinadores de Unidad de Gestión de la Calidad.
- ✓ Jefes de departamentos y servicios asistenciales y administrativos.
- ✓ Integrantes de equipos de Comités de Calidad.

VIII. COMITES TECNICOS HOSPITALARIOS

Con el objetivo de contribuir a mejorar la calidad de los servicios brindados por el hospital se conformaran comités técnico hospitalarios los cuales deben:

1. Ser conformados por personal del hospital.
2. Ser reconocidos por Resolución Directoral.
3. Contar con Planes Anuales aprobados por la Dirección Ejecutiva del hospital.
4. Desarrollar y monitorear las actividades programadas en Planes Anuales.
5. Coordinar con Unidad de Gestión de la Calidad.
6. Presentar los informes correspondientes al Comité de Gestión Hospitalaria.

Los Comités técnico hospitalarios serán:

1. COMITÉ DE ACREDITACIÓN: Encargado de desarrollar el proceso de Acreditación /autoevaluación del hospital.
2. COMITÉ DE AUDITORIA: Encargado de vigilar el cumplimiento de normas, mediante aplicación, análisis y evaluación de auditorías, en diversas áreas de atención a fin de detectar y corregir deficiencias en los procesos de atención.
3. COMITÉ DE CLIMA ORGANIZACIONAL: Encargado del Estudio del Clima Organizacional del Hospital de la Amistad Perú Corea II-2 Santa Rosa como herramienta para el desarrollo de una cultura de calidad. Así mismo evaluara la satisfacción del usuario externo.
4. COMITÉ DE ETICA: Encargado de establecer lineamientos para la correcta y transparente conducta y desempeño funcional de los trabajadores del hospital.
5. COMITÉ DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA: Encargado de unificar los criterios de priorización, elaboración, actualización, integración, difusión y utilización de guías de práctica clínica y protocolos de atención asistencial en el hospital, así como para proponer los criterios necesarios para evaluar su aplicación.
6. COMITÉ DE HISTORIA CLÍNICA: evalúa, coordina, y monitorea las acciones, decisiones, procesos y actividades, relacionadas a los lineamientos del sector en materia de Historias Clínicas, utilizando para ello la normatividad MINSA vigente
7. COMITÉ DE PROYECTOS DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD: Encargado de fomentar, evaluar y asesorar el desarrollo de Proyectos de Mejora Continua de la Calidad orientados a la satisfacción de la demanda interna y externa, la mejora de procesos y la estandarización de las mejoras obtenidas.
8. COMITÉ DE RECLAMOS Y SUGERENCIAS: Encargado de desarrollar una cultura de atención de Reclamos y Sugerencias que permita la participación del usuario en la gestión de salud y la defensa de sus derechos como usuarios de servicios de salud.
9. COMITÉ DE SEGURIDAD DEL PACIENTE: Encargado de lograr que el hospital, brinde servicios de salud seguros para los pacientes, disminuyendo el riesgo en las prestaciones brindadas y previniendo la ocurrencia de eventos adversos

IX. INDICADORES DE GESTION DE LA CALIDAD

INDICADORES	DESCRIPCION
Comités conformados y reconocidos con R.D.	$\frac{\text{N}^\circ \text{ comités reconocidos con RD}}{\text{N}^\circ \text{ de comités propuestos}} \times 100$
Integrantes de comités capacitados	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de integrantes de comités capacitados}}{\text{N}^\circ \text{ de integrantes de comités}} \times 100$
Autoevaluación	$\frac{\text{Total de UPS que elevaron en 10\% su evaluación}}{\text{Total de UPS}} \times 100$
Auditoria de la Calidad en Salud	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de Auditorias en salud realizadas}}{\text{N}^\circ \text{ de Auditorias en salud programadas}} \times 100$
Proyecto de mejora	$\frac{\text{Proyecto implementado}}{\text{Total de proyectos}} \times 100$
Personal con procesos por faltas a la Ética profesional	$\frac{\text{Total de personal con procesos}}{\text{Total de personal}} \times 100$
Proyecto de mejora	$\frac{\text{Proyecto implementado}}{\text{Total de proyectos}} \times 100$
Personal con procesos por faltas a la Ética profesional	$\frac{\text{Total de personal con procesos}}{\text{Total de personal}} \times 100$
Satisfacción del usuario interno	$\frac{\text{Total de personal que elevaron en 10\% su satisfacción}}{\text{Total de personal del hospital}} \times 100$
Atención de Reclamos y Sugerencias de usuarios	Determinados en Directiva
Porcentaje de avance del Plan Anual de la Unidad de Gestión de la Calidad	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de acciones ejecutadas del plan en el semestre/año}}{\text{Total de acciones programadas del plan del semestre/año}} \times 100$

X. ACTIVIDADES

Las actividades se detallan en Matriz de Programación del Plan Anual de la Unidad de Gestión de la Calidad HAPCII2SR 2021

XI. PRESUPUESTO

Los costos por actividad se detallan en anexo "Costos de implementación del Plan Anual de la Unidad de Gestión de la Calidad HAPCII2SR 2021"

COSTO TOTAL DE IMPLEMENTACIÓN SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
COMPONENTES	TOTAL
I PLANIFICACIÓN PARA LA CALIDAD	900
II ORGANIZACIÓN PARA LA CALIDAD	500
III GARANTIA Y MEJORA DE LA CALIDAD	6500
IV INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD	1100
TOTAL	9,000

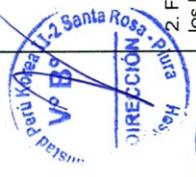


OBJETIVOS (RESULTADOS ESPERADOS)	ACTIVIDAD OPERATIVA	TAREAS	META ANUAL	UNIDAD DE MEDIDA	CRONOGRAMA															
					ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC				
1. Desarrollar Actividades para la Acreditación Institucional.	1.1 Propuesta y formalización de un Plan de Acreditación	Conformar el Equipo de Acreditación	1	RD que aprueba el Equipo de Acreditación	X															
		Elaborar Plan de Acreditación	1	RD que aprueba el Plan de Acreditación	X															
		Elaborar Listado de Evaluadores Internos designados con Resolución Directoral.	1	RD que aprueba Equipo de Autoevaluación	X															
	1.2 Conformación del Equipo de Evaluadores Internos	1.3 Entrenamiento de Evaluadores Internos en la Norma Técnica de Salud: Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo	Realizar el Taller de capacitación referente a la Norma Técnica de Salud: Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.	1	Informe de capacitación			X												
			Elaborar y formalizar con Acto Resolutivo el Plan de Autoevaluación	1	RD que aprueba Equipo de Autoevaluación		X													
			Desarrollar la Autoevaluación según la Norma Técnica de Salud: Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.	1	Informe de Autoevaluación.				X											
			Monitoreo de los resultados de autoevaluación de los Macroprocesos 1, 3	4	Reporte de monitoreo			X				X								X
	1.5 Implementación de planes y/o acciones de mejora relacionados a los resultados de Autoevaluación		Monitoreo de los resultados de autoevaluación del Macroproceso 4	4	Reporte de monitoreo			X				X							X	
			Monitoreo de los resultados de autoevaluación de los Macroprocesos 5,6,7	4	Reporte de monitoreo			X				X							X	
			Monitoreo de los resultados de autoevaluación del Macroproceso 9	4	Reporte de monitoreo			X				X							X	
			Monitoreo de los resultados de autoevaluación de los Macroprocesos 10,12,15	4	Reporte de monitoreo			X				X								X
			Monitoreo de los resultados de autoevaluación de los Macroprocesos 4, 14,18,	4	Reporte de monitoreo			X				X								X
			Monitoreo de los resultados de autoevaluación de los Macroprocesos 2, 17,19	4	Reporte de monitoreo			X				X							X	
Monitoreo de los resultados de autoevaluación de los Macroprocesos 11, 13,16 y 20			4	Reporte de monitoreo			X				X							X		
Monitoreo de los resultados de autoevaluación de los Macroprocesos 21 y 22			4	Reporte de monitoreo			X				X							X		
Informe que señale el porcentaje de implementación de las mejoras en base a la Autoevaluación realizada			4	Informe			X				X								X	





OBJETIVOS RESULTADOS ESPERADOS	ACTIVIDAD OPERATIVA	TAREAS	META ANUAL	UNIDAD DE MEDIDA	CRONOGRAMA 2020												
					ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC	
2.1 Monitoreo de Indicadores de Calidad en Departamentos Servicios y Oficinas del HSR 2.2 Conformación de Equipos de Mejora entrenados en Proyectos de Mejora Continua de la Calidad 2.3 Fortalecimiento de los conocimientos, actitudes y prácticas del personal referido a la Gestión de Proyectos de Mejora Continua". 2.4 Implementación de proyectos de mejora relacionados a la problemática sanitaria 2.5 Monitoreo de acciones de mejora y acciones correctivas con el objeto de reducir las multas por sanciones descritas en el Reglamento de Infracciones y Sanciones de SUSALUD	de	Recabar y describir los indicadores de Calidad de los Departamentos, Servicios y Oficinas del HSR para su uso en la toma de decisiones.	12	Informe	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
	de	Gestionar la oficialización de los Equipos de mejora con RD	1	Resolución Directoral	X												
	de	Taller de Proyectos de Mejora Continua de la Calidad	1	Informe de capacitación	X												
	de	Desarrollo del Plan Cero Colas	4	Informe de avance de implementación Proyecto de mejora			X			X				X			X
	de	Desarrollo del Proyecto de mejora para la simplificación Administrativa	2	Informes de elaboración y avance de implementación de Proyecto de Mejora						X							X
		Desarrollo del Proyecto de mejora Informatización del Servicio de Emergencia	2	Informes de elaboración y avance de implementación de Proyecto de Mejora						X							X
		Desarrollo del Proyecto de mejora Disminución de las crugias programadas suspendidas	2	Informes de elaboración y avance de implementación de Proyecto de Mejora						X							X
		Elaborar un informe acerca de las acciones correctivas con el objeto de reducir las multas por sanciones descritas en el Reglamento de Infracciones y Sanciones de SUSALUD.	2	Informe							X						X





OBJETIVOS RESULTADOS ESPERADOS	ACTIVIDAD OPERATIVA	TAREAS	META ANUAL	UNIDAD DE MEDIDA	CRONOGRAMA 2020												
					ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	
3. Medir la Satisfacción de los usuarios externos en el marco de la Promoción y Protección de sus Derechos.	3.3 Cuantificación y análisis los reclamos-quejas	Recopilación análisis y emisión de recomendaciones en base de los Reclamos de	12	Informe	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
	3.4 Monitoreo del cumplimiento de la Directiva de privacidad del paciente en el HSR	Monitoriar y elaborar un informe de monitoreo del cumplimiento de la Directiva de privacidad del paciente en el HSR	1	Informe	X												
	3.5 Implementación de mecanismos que disminuyan el dolor del paciente durante su estancia hospitalaria	Aplicación de lista de Verificación de la concordancia entre puntuación del dolor e indicación medicación.	2	Reporte			X							X			
	4.1 Implementación de los Lineamientos para la Prevención y Control de las IAAS	Evaluar los Procesos de Prevención y Control de las IAAS referente a la implementación de los Planes y Normas Técnicas de Salud: Prevención y Control de IAAS/ IIH vigentes.	2	Informe						X						X	
	4.2 Implementación del proceso de higiene de manos en los establecimientos de salud	Contar con un informe de monitoreo de higiene de las manos durante la práctica asistencial	1	Informe						X							
4. Fortalecer la Seguridad de la Atención en los Servicios Asistenciales.	4.3 Capacitación a los Gestores de Riesgo y Auditores formalmente designados	Designación del Equipo de Gestores de riesgo del HSR	1	RD que conforma Equipo de Gestores de riesgo del HSR						X							
		Capacitar a los Gestores de riesgo, miembros de los Comités de Auditoría médica y de Auditoría en Salud, y personal asistencial de reciente incorporación, referente a las Rondas de Seguridad del Paciente.	1	Informe de capacitación					X								
		Capacitar a los Gestores de riesgo, miembros de los Comités de Auditoría médica y de Auditoría en Salud, y personal asistencial de reciente incorporación, referente a la Notificación de Eventos Adversos.	1	Informe de capacitación					X								
		Capacitar a los Gestores de riesgo, miembros de los Comités de Auditoría médica y de Auditoría en Salud, y personal asistencial de reciente incorporación, referente al análisis de eventos centinelas	1	Informe de capacitación					X								
		4.4 Acciones de Monitoreo, supervisión y evaluación del cumplimiento en la aplicación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía en los Centros Quirúrgicos	Evaluar los registros de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía en las cirugías electivas, de emergencia y locales. Monitorizar la aplicación de la LVSC efectiva en voz alta de la aplicación de la LVSC.	4	Informe de aplicación de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía.			X			X				X		X
		Realizar la Encuesta para evaluar la implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.	2	Encuesta aplicada para la implementación de la LVSC							X					X	





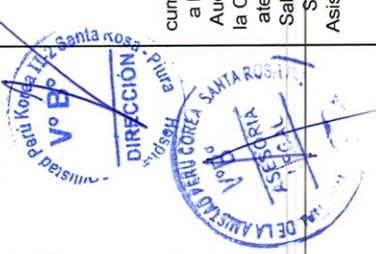
"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"

OBJETIVOS (RESULTADOS ESPERADOS)	ACTIVIDAD OPERATIVA	TAREAS	META ANUAL	UNIDAD DE MEDIDA	CRONOGRAMA 2020														
					ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC			
4.3 Monitoreo del cumplimiento de la Directiva de identificación del paciente	4.3 Monitoreo del cumplimiento de la Directiva de identificación del paciente	Distribuir en el personal asistencial recientemente incorporado el tríptico elaborado por la OGC sobre el "Uso del brazalete de identificación del paciente"	1	Reporte anual	X														
		Monitorizar el uso del brazalete de identificación del paciente tanto para los datos (blanco) como para alergia (rojo) y su correspondencia con los acrílicos de identificación	2	Reporte semestral				X											X
	4.4 Ejecución de Rondas de Seguridad	Realizar Rondas de Seguridad del Paciente, según normas vigentes.	4	Informe Trimestral de ejecución de Rondas de Seguridad programadas			X				X								X
		Consolidar las medidas de seguridad del paciente efectuadas por lista de chequeo de las rondas de seguridad.	4	Informe			X				X								X
4.5 Gestión del Sistema de Vigilancia y Respuesta frente a los Eventos Adversos	4.5 Gestión del Sistema de Vigilancia y Respuesta frente a los Eventos Adversos	Elaborar el reporte de Servicios que notifican Eventos Adversos	12	Reporte de Servicios que realizan Notificación de Eventos Adversos en el Informe de Indicadores	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
		Consolidar la información remitida por parte de los Servicios con respecto a la Notificación de Eventos Adversos	4	Informe trimestral de Eventos Adversos.			X				X								X
	4.6 Incorporación de los pacientes, familia y comunidad, en las acciones encaminadas a mejorar la seguridad en la atención de la salud.	Realizar trimestralmente la divulgación de alertas de seguridad basadas en los reportes de Notificación de eventos adversos.	4	Correos con Alertas de seguridad enviada a los Jefes de los 3 Departamentos / servicios asistenciales con mayores números de eventos adversos			X				X								X
		Consolidar los informes de Análisis de Evento Centinela mediante el Protocolo de Londres que se realizan en el Hospital Santa Rosa.	4	Reporte de Eventos Centinela analizados en el trimestre			X				X								X
4.6 Incorporación de los pacientes, familia y comunidad, en las acciones encaminadas a mejorar la seguridad en la atención de la salud.	4.6 Incorporación de los pacientes, familia y comunidad, en las acciones encaminadas a mejorar la seguridad en la atención de la salud.	Informe sobre actividades de entrenamiento a Grupos de Pacientes en Participación y Corresponsabilidad en el Cuidado de la Salud	1	Informe de capacitación														X	
		Distribuir las Guías Quirúrgicas del paciente del HSR	12	Reporte mensual	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X





		CRONOGRAMA 2020															
		ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC				
OBJETIVOS (RESULTADOS ESPERADOS) 5.1 Conformación de una estructura funcional para realizar las Auditorías de la Calidad de atención en salud en el Hospital Santa Rosa según norma vigente 5.2 Capacitación en Auditoría de Caso a los miembros de los Comités de Auditoría 5.3 Monitoreo de la realización de las Auditorías encomendadas a los Comités de Auditoría 5.4 Evaluación de la Calidad de los Registros de Centro Quirúrgico	ACTIVIDAD OPERATIVA Conformación de los Comités de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud (Adscritos de los Servicios/Departamentos, Auditoría en salud, Auditoría médica) con RD Desarrollar un Taller de Auditoría de caso. Monitorizar la Realización de Auditorías en salud Monitorizar la Realización de Auditorías de Caso Monitorizar la Realización de Auditorías de Registro en los Departamentos y Servicios Evaluar la calidad de registro de los Reportes Operatorios por parte de los Servicios Quirúrgicos. Evaluar la calidad de registro del reporte de anestesia y de recuperación del Dpto. de Anestesiología	META ANUAL 1 1 4 4 4 2 2	UNIDAD DE MEDIDA RD que aprueba la conformación de los Comités de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud: 1 Comité de Auditoría médica, 1 Comité de Auditoría en salud, 8 Adscritos de los Servicios/Departamentos (Medicina, Cirugía, Pediatría, Gineco Obstetricia, Oncología, Emergencia, Anestesiología) Informe de Capacitación Reporte trimestral de Auditorías en Salud según programación establecida Reporte trimestral de Auditoría de Caso entregadas versus las solicitadas Informe Trimestral de las Auditorías Realizadas Informe semestral de Auditorías de la Calidad de los Registros de Reportes Operatorios por parte de los Servicios Quirúrgicos Informe semestral de Auditorías de la Calidad de los Registros de Reportes de Anestesia y de recuperación.			X			X								
									X								
							X			X							
											X						





		CRONOGRAMA 2020											
		ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
OBJETIVOS (RESULTADOS ESPERADOS)	ACTIVIDAD OPERATIVA	TAREAS	META ANUAL	UNIDAD DE MEDIDA									
	5.5 Retroalimentación a los Servicios/Departamentos con los resultados de las Auditorías de registro de sus Historias clínicas	Elaborar y socializar el informe de las Auditorías de Registro individualizado por Servicio /Departamento	4	Informe Trimestral individualizado por Servicio/Departamento	X		X			X			X
	5.6 Supervisión de los avances de la implementación de las Recomendaciones emitidas en las Auditorías	Cuantificar el avance de la implementación de las recomendaciones emitidas.	4	Informe trimestral de Implementación de Recomendaciones emitidas por el Comité de Auditoría de la Calidad de atención en salud.	X		X			X			X
	5. Dar cumplimiento a la NT de Auditoría de la Calidad de atención en los Servicios Asistenciales.		4	Informe trimestral de Implementación de Recomendaciones emitidas en las Auditorías de Registro.	X		X			X			X
			1	Reporte						X			
			4	Informe						X			
			4	Informe trimestral de adherencia a las Guías de Práctica Clínica en todos los Departamentos/ Servicios						X			X





OBJETIVOS (RESULTADOS ESPERADOS)	ACTIVIDAD OPERATIVA	TAREAS	META ANUAL	UNIDAD DE MEDIDA	CRONOGRAMA 2020													
					EN	FE	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC		
6. Actualizar los Formatos de la Historia Clínica para su informatización	6.1 Actualización de los formatos estandarizados y no estandarizados del HSR según normas vigentes para la implementación de las Historias Clínicas Electrónicas.	Enlistar formatos de HC existentes y los pendientes de implementar	1	Reporte de formatos de HC		X												
		Adecuar los formatos existentes según normativa vigente y proponer aquellos que sean necesarios en los servicios asistenciales.	4	Reporte de Formatos modificados y propuestos			X				X							
		Validación de los formatos propuestos con los servicios asistenciales	4	Reportes de formatos validados por los Servicios			X				X							X
		Revisión y Aprobación por el Comité de HC de los formatos validados por los servicios	4	Reporte de Formatos revisados			X				X							
		Entrega de formatos actualizados a la Oficina de estadística e Informática	2	Informe de Formatos entregados a Estadística para su digitalización											X			X

