



RESOLUCIÓN DIRECTORAL

Lima, 14 de Marzo de 2018

VISTO:

El Expediente N° 3442-2018, que contiene el Oficio N° 034-OGC-2018-HCH, de fecha 08 de febrero del 2018, de la Oficina de Gestión de la Calidad, y;

CONSIDERANDO:

Que, el numeral IV del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, establece que es una responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad;

Que, el artículo IX del Título Preliminar de la citada Ley, señala que la norma de salud es de orden público y regula materia sanitaria, así como la protección del medio ambiente para la salud y la asistencia médica para la recuperación y rehabilitación de la salud de las personas. Nadie puede contra ella;

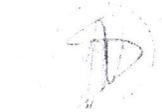
Que, el artículo 9 del Decreto Supremo N° 013-2006-SA, que aprueba el "Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo", establece que: "Los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo están obligados a garantizar la calidad y seguridad de la atención que ofrecen a sus pacientes, a proporcionarles los mayores beneficios posibles en su salud, a protegerlos integralmente contra riesgos innecesarios y satisfacer sus necesidades y expectativas en lo que corresponda";

Que, la norma acotada en el acápite anterior, en su artículo 96, dispone que: "A fin de dar cumplimiento a lo dispuesto en el Artículo 9 del presente Reglamento, los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, deben evaluar continuamente la calidad de la atención de salud que brindan, con el fin de identificar y corregir las deficiencias que afectan el proceso de atención y que eventualmente generan riesgos o eventos adversos en la salud de los usuarios";

Que, por Resolución Ministerial N° 519-2006-MINSA, de fecha 30 de mayo de 2006, se aprobó el Documento Técnico: "Sistema de Gestión de la Calidad de Salud", el cual tiene como objetivo establecer los principios, normas, metodologías y procesos para la implementación del sistema de Gestión de la Calidad de Salud, orientándolo a obtener resultados para la mejora de la calidad de atención en los Servicios de Salud;

Que, asimismo mediante Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSSA, se aprueba la NTS N° 50-MINSA-DGSP-V.02: "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Salud y Servicios Médicos de Apoyo", la cual señala dos fases claramente definidas durante el proceso. La primera que corresponde a la evaluación interna y la segunda que consiste en una evaluación externa;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 727-2009-MINSA, publicada el 31 de octubre de 2009, se aprobó el Documento Técnico: "Política Nacional de Calidad en Salud", cuyo objetivo es fortalecer la rectoría de la autoridad sanitaria en el campo de la calidad de la atención, en el ámbito nacional;



Que, por Resolución Directoral N° 218-2017-HCH/DG de fecha 07 de junio de 2017, se aprobó el "Plan de Gestión de la Calidad 2017" del Hospital Cayetano Heredia;

Que, de acuerdo a la propuesta realizada por la Oficina de Gestión de la Calidad, el Documento Técnico: "Plan de Gestión de la Calidad 2018" del Hospital Cayetano Heredia tiene como finalidad contribuir a fortalecer los procesos de atención de los servicios incorporando acciones de mejora continua de la calidad de atención en función a las oportunidades de mejora identificadas en el Hospital Cayetano Heredia;

Que, con el propósito de continuar con el desarrollo de las actividades y procesos técnicos administrativos a nivel institucional, así como alcanzar los objetivos y metas del Hospital Cayetano Heredia, brindando a la Alta Dirección un diagnóstico general de la institución, permitiendo identificar los problemas o debilidades que afecten a la organización, las cuales se constituirán en una oportunidad de mejora, resulta pertinente atender la propuesta presentada por la Oficina de Gestión de la Calidad, y en consecuencia emitir el acto resolutorio que apruebe el Documento Técnico: "Plan de Gestión de la Calidad 2018" del Hospital Cayetano Heredia;

Que, de acuerdo a la opinión favorable contenida en el Informe N° 158-2018-OA/HCH, de la Oficina de Asesoría Jurídica;

Con las visaciones de la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad y Jefa de la Oficina de Asesoría Jurídica;

De acuerdo al literal e) del artículo 6 del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Cayetano Heredia, aprobado por Resolución Ministerial N° 216-2017/MINSA, establece las atribuciones y responsabilidades del Director General, entre las cuales se encuentra la prerrogativa de expedir actos resolutorios en asuntos que sean de su competencia;

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- Aprobar el Documento Técnico: "Plan de Gestión de la Calidad 2018" del Hospital Cayetano Heredia, por las consideraciones expuestas y que en anexo aparte forma parte de la presente Resolución.

Artículo 2°.- Encargar a la Oficina de Gestión de la Calidad el cumplimiento del Documento Técnico: "Plan de Gestión de la Calidad 2018" del Hospital Cayetano Heredia, aprobado en el artículo 1° de la presente Resolución.

Artículo 3°.- Disponer la Publicación del referido Documento Técnico, en el Portal del Transparencia Estándar del Hospital Cayetano Heredia.

REGÍSTRESE Y COMUNÍQUESE

ACRPR/BIC/phng

Distribución:

- () DG
- () DE
- () OGC
- () OAJ
- () Archivo

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL CAYETANO HEREDIA
Dra. AIDA CECILIA PALACIOS RAMIREZ
DIRECTORA GENERAL
C.M.P. 23579 R.N.E. 9834

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL CAYETANO HEREDIA
EL PRESENTE DOCUMENTO ES COPIA
FIEL DEL ORIGINAL
20 MAR. 2018

EMILIANO ELIAS SUAREZ QUISPE
ASISTENTE ADMINISTRATIVO
FEDATARIO UTHU
FRANCO INTERNO

DOCUMENTO TECNICO:
PLAN DE GESTIÓN DE
LA CALIDAD 2018 DEL
HOSPITAL CAYETANO
HEREDIA

**DOCUMENTO TECNICO: PLAN DE GESTIÓN DE
LA CALIDAD 2018
DEL HOSPITAL CAYETANO HEREDIA**

INDICE	
I.- Introducción.....	2
II.- Finalidad	3
III.- Objetivo	3
IV.- Base legal	3
V.- Ámbito de aplicación /alcance	4
VI.- Contenido	4
6.1.- Definiciones operativas.....	4
6.2 Estrategias	5
6.3 Actividades (Matrices de actividades-Diagrama de Gantt)	6
6.4 Evaluación.....	
VII.- Responsabilidades	
VIII.- Presupuesto	



I.- INTRODUCCIÓN

Las definiciones relevantes de la Calidad de la Atención en Salud es como sigue: *“es la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios”*.

Esta definición contiene varios elementos que se deben analizar:

Introduce el concepto básico de la calidad entendida como una relación entre **beneficios, riesgos y costos**, lo cual significa que la definición de la calidad debe estar basada en el conocimiento de la evidencia científica y en el establecimiento de una relación entre estos aspectos; pues la calidad no puede ser ajena a la eficacia, la efectividad y la eficiencia.

También incorpora la importancia de la **accesibilidad** y la **equidad** como condiciones complementarias entre sí, para brindar una atención en salud con resultados deseables.

De otro lado, el concepto de **nivel profesional óptimo** debe entenderse como la interacción de un conjunto de factores estructurales y de proceso orientados a la obtención de un resultado. Igualmente, se incluyen en este concepto la eficacia, efectividad y pertinencia de las intervenciones en salud de acuerdo con guías de atención basadas en la mejor evidencia científica disponible.

Finalmente, se incorpora, como un elemento transversal del concepto de calidad, la perspectiva de una **atención en salud centrada en el usuario**, que orienta el desarrollo de todas las acciones enmarcadas en la atención de salud con calidad, calidez y seguridad, siendo la dimensión humana el determinante en las expectativas y percepciones de los usuarios.

El presente documento de gestión denominado: **“Plan del Sistema de Gestión de la Calidad 2018 del Hospital Cayetano Heredia”**, busca contribuir en la mejora de la calidad de atención en los servicios asistenciales y administrativos, el mismo que se encuentra concordante con el plan operativo anual 2018.

II.- FINALIDAD

El plan de gestión de calidad tiene como finalidad contribuir a fortalecer los procesos de atención de los servicios incorporando acciones de mejora continua de la calidad de atención en función a las oportunidades de mejora identificadas en el Hospital Cayetano Heredia

III.- OBJETIVOS

Objetivo General

Contribuir a mejorar la calidad de atención a través de la implementación de los componentes del sistema de gestión de calidad.

Objetivos Específicos

1. Establecer acciones para la gestión de procesos para alcanzar la acreditación a través de la realización de la autoevaluación institucional.



2. Fortalecer la cultura de la calidad y mejora continua en los diferentes servicios del hospital a través de acciones de mejora, proyectos e investigaciones en calidad.
3. Identificar inconformidades en el proceso de atención a través de las auditorías.
4. Contribuir a la gestión de las relaciones con usuario externo a través de la promoción, de los derechos, difusión de los deberes del usuario, mediciones de la satisfacción del usuario externo, atención de los reclamos y otras mediciones para la identificación de oportunidades de mejora.
5. Establecer acciones para la gestión del riesgo y la seguridad del paciente a través de las buenas prácticas en seguridad de la atención, sostenibilidad de la aplicación de la lista de verificación de la seguridad del paciente y rondas de seguridad del paciente.

IV.- BASE LEGAL

- Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: Sistema de Gestión de la Calidad en Salud.
- Resolución Ministerial N° 676-2006/MINSA que aprueba el Documento técnico: Plan Nacional para la Seguridad del Paciente 2006-2008.
- Resolución Ministerial N° 502-2016/MINSA V.02 que aprueba la Norma Técnica N° 029-MINSA/DGSP v.02. "Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud".
- Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA aprueba la NTS 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. Documento Técnico: "Política Nacional de Calidad en Salud".
- Resolución Ministerial N° 095-2012/MINSA que aprueba La Guía Técnica: "Guía para la Elaboración de Proyectos de Mejora y la Aplicación de Técnicas y Herramientas para la Gestión de la Calidad.
- Decreto Supremo N° 030-2016-SA "Reglamento para la atención de reclamos y quejas de los usuarios de IAFAS, IPRESS y UGIPRESS, Públicas, Privadas y Mixtas- SUSALUD

V.- AMBITO DE APLICACIÓN /ALCANCE

El presente Plan de Gestión de la Calidad es de aplicación para el equipo de la Oficina de Gestión de Calidad y tendrá el alcance para las unidades orgánicas asistenciales y administrativas del Hospital Cayetano Heredia.

VI.- CONTENIDO

6.1 DEFINICIONES OPERATIVAS:

Sistema de Gestión de la Calidad en Salud: Es el 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 lo relativo a la calidad de la atención y de la gestión

Gestión de la Calidad.-

Es el componente de la gestión institucional que determina y aplica la política, los objetivos y las responsabilidades en el marco del sistema de gestión de la calidad, y se llevan a cabo mediante la planificación, garantía y mejoramiento de la calidad.

Proyecto de mejora.-

Son proyectos orientados a generar resultados favorables en el desempeño y condiciones del entorno a través del uso de herramientas y técnicas de calidad.

Autoevaluación: Es la fase inicial obligatoria de evaluación del proceso de acreditación, en el cual los establecimientos de salud que cuentan con un equipo institucional de evaluadores internos.

Auditoria de la calidad de atención en salud.- es el 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.

Seguridad del paciente

Reducción y mitigación de actos inseguros dentro del sistema de salud a través del uso de las mejores prácticas que aseguren la obtención de óptimos resultados para el paciente.

6.2.- ESTRATEGIAS

- ✓ Apoyo y compromiso de la Dirección General.
- ✓ Capacitación al equipo del Comité de Auditoría de Calidad en Salud, comité de seguridad, equipos de mejora de los servicios y al equipo de la Oficina de Gestión de la Calidad.
- ✓ Desarrollar investigación operativa en calidad y seguridad del paciente.
- ✓ Medición de indicadores de calidad y retroalimentación de resultados

EJES DE TRABAJO

- ✓ Realización de la autoevaluación institucional.
- ✓ Cultura de la Calidad y Mejora Continua
- ✓ Gestión de las Relaciones con el usuario Externo
- ✓ Gestión del riesgo y la Buenas Prácticas en Seguridad
- ✓ Realización de auditorías en salud

6.3- ACTIVIDADES (Diagrama de Gantt)

Las actividades del plan de gestión de calidad 2018 responden a los criterios del MINSA, el mismo que ha sido adaptado de acuerdo a nuestra realidad institucional que se muestran en las siguientes matrices.



6.4- MONITOREO Y EVALUACIÓN

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.

1. Porcentaje de avance del Plan del Sistema de Gestión de Calidad.
2. Porcentaje de avance del cumplimiento del Plan de Auditoría
3. Porcentaje de avance del cumplimiento del Plan de Seguridad del Paciente
4. Cumplimiento del plan de la Autoevaluación.
5. Porcentaje de Satisfacción del Usuario Externo.
6. Avance de los Indicadores de calidad de atención
7. Atención de los reclamos con respuesta en el tiempo establecido.

VII.- RESPONSABILIDADES

El cumplimiento del Plan de Gestión de la calidad 2018 del Hospital Cayetano Heredia es de responsabilidad del Equipo de Gestión, Jefe de la Oficina de Gestión de Calidad y de los Jefes de las unidades orgánicas según corresponda.

VIII.- PRESUPUESTO

El presupuesto requerido para el Plan de Gestión de Calidad se detalla a continuación:

Ejes de Trabajo	Material e insumos	Presupuesto requerido
Realización de la autoevaluación institucional.	Material de impresión Chalecos para los autoevaluadores Material de escritorio : tableros	5,000
Cultura de la Calidad y Mejora	Ejecución de acciones de mejora continua	15,000
Gestión de las relaciones con el usuario externo	Ampliación de la plataforma de atención al usuario en Consulta Externa, libro de reclamaciones.	11,650
Gestión de Riesgos y las Buenas Prácticas	Material de impresiones Capacitaciones Material de escritorio.	7330
Realización de auditorías en salud	Implementación de cintas de seguridad en las escaleras Material de impresión (afiches, trípticos, folletos, impresoras, equipos de cómputos.)	8250
TOTAL		36,930



MATRIZ DE PROGRAMACION DE MEDICIONES PERIODICAS DEL AÑO 2018

Nº	ACTIVIDADES	TAREAS	UNIDAD DE MEDIDA	META TOTAL A EJECUTAR	AÑO 2018													
					ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SETEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE		
1	MEDICION DE LA SATISFACCION DEL USUARIO	Medición de la satisfacción del usuario externo en la consulta externa	Informe	1		X												
2		Medición de la satisfacción del usuario externo en emergencia	Informe	1			X											
3		Medición de la satisfacción del usuario externo en hospitalización	Informe	1				X										
5		Medición de satisfacción del usuario externo en relación al trato recibido en la Consulta Externa. /escala Vigesimal)	Informe	2		x							X					
6		Medición de satisfacción del usuario externo en relación al trato recibido en Emergencia /vigesimal)	Informe	2			X						X					
7		Medición de satisfacción del usuario externo en relación al trato recibido en Hospitalización /vigesimal)	Informe	2				X					X					
8		Medición de la satisfacción del usuario externo en la atención del parto	Informe	2			x								x			
9		Medición de la satisfacción del usuario externo atendido en el Centro Quirúrgico.	Informe	2			x								x			
			Medición de la satisfacción del usuario interno en relación a la limpieza de la institución.	Informe	2				x					X				
10	MEDICION DE LOS TIEMPOS DE ESPERA TIEMPO DE ESPERA	Medición del tiempo para el traslado del paciente de hospitalización a Centro Quirúrgico	informe	2					x			x						
11		Medición del tiempo para el traslado del paciente de recuperación a hospitalización.	Informe	2					x			x						
12		Medición del tiempo de inicio del acto operatorio en el Centro Quirúrgico	Informe	2					x			x						
13		Medición del tiempo de espera en consulta externa :Tiempo de espera para la atención por el médico en los Consultorios	Informe	2						x								
15		Medición del tiempo de espera para la atención en Laboratorio Central	Informe	2								x						
16		Medición del tiempo de espera en el módulo de Admisión de Consulta Externa	Informe	2								x						
		Medición del tiempo de espera para la atención en Caja de Consulta Externa	Informe	2								x						
		Medición del tiempo de espera para la atención en Radiología	Informe	2								x						
17		Medición del tiempo de espera para la atención en Farmacia Central	Informe	2								x						
19		Medición del tiempo de espera para la atención en Emergencia según prioridades	Informe	2		X												
22		Medición del tiempo transcurrido entre la solicitud y el internamiento de pacientes: Cirugía, Ginecobastricia, urología.	Informe	3					x									
		Medición del Diferemento de citas	Informe	2				x										
		medicion del tiempo de espera para ser programado una intervencion quirúrgica en las diferentes especialidades y su hospitalización: Cirugia general y urologia	informe	2					x					x				



		medición del tiempos y movimientos de los procesos en el centro de hemoterapia y banco de sangre. (DONANTES DE SANGRE)	INFORME	2				X				x				
		Medición del tiempo de espera para el alta del paciente en los servicios de Ginecología	informe	1								x				
23		Medición del porcentaje de disponibilidad de las historias clínicas	Informe	4		x			X				X		X	
26		Medición del porcentaje de deserción de los pacientes en la Consulta Externa	Informe	2					X						X	
27	ESTUDIOS OPERATIVOS	Encuesta de comprensión del paquete de información del proceso de atención al usuario externo y es adecuado culturalmente según la realidad.(tripticos), sujeto a entrega material informativo	Informe	2								X				
30		Aplicación de encuestas para identificar las barreras de acceso de la atención .	informe	2								x				
31		Encuesta a jefes sobre la calidad de información que brinda estadística	informe	2					X						x	
32		Otros estudios contingenciales	informe	a demanda					X	X	X	X	X	X	X	X
																PORCENTAJE DE AVANCE



PLAN ANUAL DE SEGURIDAD DEL PACIENTE Y GESTION DEL RIESGO EN SALUD DEL HCH - 2018																							
Objetivo General: Contribuir a brindar una atención segura al paciente en los diferentes servicios a fin de minimizar los riesgos en el proceso de atención en el Hospital Cayetano Heredia																							
COMENTARIOS	OBJETIVOS ESPECIFICOS	FECHAS DE TRABAJO	ACTIVIDADES	UNIDAD DE MEDICION	METAS ANUALES	INDICADOR	RESPONSABLE	PRIMER TRIMESTRE			SEGUNDO TRIMESTRE			TERCER TRIMESTRE			CUARTO TRIMESTRE						
								ENER	FEBR	MARZ	ABR	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOST	SEPT	OCTB	NOV	DI				
PLANIFICACION Y ORGANIZACION	Elaborar el plan de seguridad del paciente y manejo de riesgos en salud		Elaboración de plan de seguridad del paciente y manejo de riesgos	Plan elaborado	1	Plan elaborado	Equipo de la OGC		X														
			Aprobación del plan de seguridad del paciente y manejo de riesgos	Plan aprobado con R.D.	1	Dirección General		X															
	Actualizar y validar el comité de seguridad y manejo de riesgos y Equipo conductor de la implementación de la cirugía segura de la cirugía			Administración y ejecución del comité de seguridad y manejo de riesgos y Equipo conductor de la implementación de la seguridad de la cirugía	Comités organizados	3	Revisión de conformidad de los comités	Ude de la OGC Dirección General		X													
				Reunión con el comité de seguridad y manejo de riesgos y Equipo conductor de la implementación de la seguridad de la cirugía	Reuniones	6	Actas de reuniones > del 50%	Equipo técnico de calidad (MG Lomas Díaz)			X		X										
				Reunión de instalación de comités de seguridad y manejo de riesgos y Equipo conductor de la implementación de la seguridad de la cirugía	Reuniones	3	100% de Comités instalados	Equipo técnico de calidad (MG Lomas Díaz)			X		X										
				Soledad del Plan de seguridad y manejo de riesgos en salud a los comités (seguridad y el conductor)	Reuniones	3	100% de miembros de los comités reconocidos	Equipo técnico de calidad (MG Lomas Díaz)				X											
				Reuniones de Capacitación a los miembros del comité de seguridad y manejo de riesgos y Equipo conductor de la implementación de la seguridad de la cirugía	Reuniones capacitación	14	80% de miembros de los comités capacitados	Equipo técnico de calidad (MG Lomas Díaz)			X	X											
				Capacitación integral a los representantes de los comités de la ciudad de atención de los diferentes servicios en la metodología del proceso de aplicación y notificación de eventos adversos, rondas de seguridad	Reuniones capacitación	20	50% de los miembros de comités de calidad	Equipo técnico de calidad (MG Lomas Díaz)			X	X											
				Capacitación en servicio de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía y en la metodología del proceso de aplicación y notificación de eventos adversos	Reuniones capacitación	20	50% del personal	Equipo técnico de calidad (MG Lomas Díaz)			X	X											
				Verificación de la correcta aplicación de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía	Reuniones	4	50% de adherencia en la aplicación correcta de la LVC	Equipo OGC-Equipo conductor			X		X										X
GESTION DE RIESGO	Promover las buenas prácticas de atención por la seguridad del paciente	LISTA DE VERIFICACION DE LA SEGURIDAD DE LA CIRUGIA	Aplicación de la Encuesta para Evaluar la implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía	Reuniones	4	Procesos de cumplimiento de las encuestas	Equipo OGC		X				X							X			
			Evaluación de la calidad de los registros de las listas de verificación de los centros participantes	Reuniones	6	> 90% del cumplimiento de la calidad de registros de las listas	Equipo técnico de calidad (MG Lomas Díaz)			X		X	X								X		
			Elaboración de plan de acciones de mejora para la implementación de la implementación de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía post resultados de la evaluación	Plan de acción de mejora elaborado	3	80% de cumplimiento del plan conductor	Equipo OGC-Equipo conductor			X					X								



GESTIÓN DE RIESGO	Promover las buenas prácticas de atención por la seguridad del paciente	RONDAS DE SEGURIDAD	Difusión de dípticos y trípticos: Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente	Informe de difusión	1	Difusión en el 100% de servicios	Equipo OGC				X										
			Seguimiento de las recomendaciones de las rondas del año 2017	Informe	1	≥90% de las Acciones de Mejora post-Ronda implementadas en los plazos establecidos	Equipo de OGC y Equipo de Rondas				X	X									
			Realización de las rondas de seguridad.	Rondas	6	≥90% de cumplimiento de Buenas prácticas	OGC-Equipo de Rondas de Seguridad				X	X	X		X		X		X		
			Asesoría en la elaboración del plan de acción de mejora Post ronda de Seguridad del paciente	Informe	6	≥90% de asesoramiento de planes de mejora	Equipo de OGC y Equipo de Rondas					X	X		X		X		X		
			Seguimiento de las recomendaciones del Informe de las Rondas del Equipo de Seguridad en los Servicios	Informe	3	≥90% de las Acciones de Mejora post-Ronda implementadas en los plazos establecidos	Equipo de OGC y Equipo de Rondas						X					X			X
	Fortalecer el sistema de registros Notificación Análisis y mejora del incidente y evento Adverso.	REGISTRO NOTIFICACION Y ANÁLISIS DE LA OCURRENCIA DE INCIDENTES ADVERSOS EN SALUD	Actualización y Difusión de la Directiva de Notificación de eventos adversos para la seguridad del paciente y Análisis Causa Raíz	Directiva difundida	14	Difusión en el 100% de servicios	Equipo técnico de calidad (Mg Lourdes Diaz)					X									
			Consolidado de los registros de Eventos adversos por servicios	Reportes	12	≥90% de los servicios reportan los EA	Equipo técnico de calidad (Mg Lourdes Diaz)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
			Elaboración de informes de los consolidados de los incidentes y eventos adversos.	Informe	4	incidencia de eventos adversos en función de los egresos hospitalarios	Equipo técnico de calidad (Mg Lourdes Diaz)					X		X				X		X	
			Análisis con la metodología de Causa raíz /Protocolo de Londres de los Eventos adversos	Análisis realizado	6	% de Eventos adversos analizados con informe	Equipo de OGC y Equipo de Rondas		X		X		X		X		X		X		X
			Análisis con la metodología de Causa raíz de Eventos centinela /Protocolo de Londres	Análisis realizado	A demanda	% de Eventos centinela analizados con informe	Equipo de OGC y Equipo de Rondas														
Seguimiento de la implementación de recomendaciones del informe de análisis causa raíz			Informe de seguimiento	2	90% de recomendaciones implementadas	Equipo técnico de calidad (Mg Lourdes Diaz)								X						X	
EVALUACION	Evaluar el cumplimiento del plan de seguridad	CUMPLIMIENTO DEL PLAN	Evaluación del Plan de Seguridad y manejo de riesgos en el HCH	Informes	2	Evaluación del plan	Equipo técnico de calidad (Mg Lourdes Diaz)							X					X		



PLAN DE AUDITORIA DE LA CALIDAD DE LA TENCION EN SALUD 2018 DEL HOSPITAL CAYETANO HEREDIA								AÑO 2018												
OBJETIVO GENERAL	OBJETIVOS ESPECIFICOS	LINEAS DE ACCION	ACTIVIDADES	UNIDAD DE MEDIDA	META ANUAL	INDICADOR	RESPONSABLE	1 TRIMESTRE			2 TRIMESTRE			3 TRIMESTRE			4 TRIMESTRE			
								E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	
Contribuir al mejoramiento continuo de la calidad de atención en salud en los Servicios del Hospital Cayetano Heredia a través de la identificación de inconformidades, en los procesos de atención en salud con la finalidad de implementar las acciones correctivas y preventivas en los diferentes servicios	Elaborar el plan de auditoria con líneas de acción según la normatividad vigente.	ORGANIZACIÓN Y PLANIFICACION	Elaboración de plan de auditoria de calidad de atención en salud.	Plan elaborado	1	Plan aprobado	Equipo de la OGC y Comité		X											
			Aprobación del plan de auditoria de la calidad de atención en salud	Plan aprobado con R.D.	1		Dirección General		X											
	Conformar y oficializar los comités de Auditoria: Comité de Auditoria en Salud y Comité de Auditoria Médica	ORGANIZACIÓN Y PLANIFICACION	Actualización de los miembros de los comités	Comités actualizados	2	Resolución de conformación de los comités	Jefe de la OGC		X											
			Reuniones con los miembros de los Comités de Auditoria	Actas	5	>80% reuniones realizadas	Dra. Heidi Ramírez		X		X			X			X		X	
	Socializar el plan de auditoria de la calidad de atención a las diferentes jefaturas a la alta dirección, jefatura de estadística e informática y las diferentes jefaturas del hospital y su implicancia de su cumplimiento durante la supervisión por organizaciones externas (SUSALUD, MINSA-DGSP y otros)	DIFUSION DEL PLAN	Difusión del plan de auditoria via webb, correos de las diferentes jefaturas asistenciales y administrativas.	Difusión del plan	1	Plan remitido en Web	Jefe de la OGC		X											
			Socialización del Plan de Auditoria de calidad de atención en salud entre los miembros de los Comités de Auditoria	Actas	1	Plan Socializado	Comités de auditoria de la OGC		X											
	Fortalecer las competencias del comité de Auditoria en Salud y Comité de Auditoria Médica del hospital a través de la asistencia técnica del equipo de Calidad del Ministerio de Salud (MINSA).	CAPACITACION	Capacitación en Auditoria a los miembros de los Comités de Auditoria de la Calidad del HCH (Actualización).	Personal capacitado	15	>80% personal capacitado	Comités de Auditoria en Salud y Auditoria Médica		X	X										
	AUDITORIAS DE LA CALIDAD DE ATENCION	Realización de auditorias de caso según demanda (Mortalidad materno - perinatal, reingresos por mismo diagnóstico, EA anestesiología, EA cirugía, eventos centinela, queja o denuncia)	Informes de Auditoria de Caso	A demanda		> del 80% Auditorias de caso realizadas en el tiempo establecido	Comités de Auditoria en Salud y Auditoria Médica		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
		Informe de Seguimiento de las recomendaciones de las auditorias de caso	Informe de Seguimiento		4	> o igual al 80% de servicios involucrados que se hizo el seguimiento.	Dra. Heidi Ramírez			X			X			X				X
		Informe de evaluación de la implementación de acciones correctivas de las recomendaciones de la auditoria de caso.	Informe de Implementación		2	> o igual al 80% recomendaciones implementadas	Dra. Heidi Ramírez						X							X
		Realización de auditorias Programadas (4 cesareas, 1 estancia prolongada, 1 reintervención quirúrgica, 4 muerte por enfermedades transmisibles)	Informes de Auditoria Programada		10	100% de auditorias programadas realizadas	Comités de Auditoria en Salud		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
		Informe de Seguimiento de las recomendaciones de las auditorias programadas	Informe de Seguimiento		4	> o igual al 80% de servicios involucrados que se hizo el seguimiento.	Dra. Heidi Ramírez			X			X			X				X
		Informe de evaluación de la implementación de acciones correctivas de las recomendaciones de las auditorias programadas.	Informe de Implementación		2	> o igual al 80% recomendaciones implementadas	Dra. Heidi Ramírez						X							X
		Realización de la Evaluación de calidad de registro de historia clínica de los servicios de hospitalización. (Cirugía - Ginecología y Obstetricia - Medicina - Pediatría)	Informe de Auditoria de Calidad Registro		4	> o igual al 80% de los servicios de hospitalización evaluados.	Comités de Auditoria en Salud - Auditoria Médica.				X			X			X			X



a) Realizar las auditorias de caso, auditorias programadas asi como las auditorias de gestión clinica.
 b) Establecer un monitoreo y seguimiento periódico sobre la implementación de las diferentes recomendaciones emitidas en los informes de auditoria

AUDITORIAS DE GESTION CLINICA	Realización de la Evaluación de calidad de registro de historia clinica de los topicos de emergencia de medicina, gineco-obstetricia, cirugía, pediatria.	Informe de Auditoria de Calidad Registro	1	> o igual al 80% de los topicos de emergencia evaluados	Equipo de Medicos Auditores de la OGC														X					
	Realización de la Evaluación de calidad de registro de historia clinica de consulta externa.	Informe de Auditoria de Calidad Registro	1	> o igual al 60% de las especialidades de la consulta externa evaluados según departamentos seleccionados.	Equipo de Medicos Auditores de la OGC					X														
	Realización de la evaluación de la calidad de atención de Odontología	Informe de la calidad Registro	1	> o igual al 90% de cumplimiento de criterios	Medico odontologo					X														
	Informe de seguimiento de las recomendaciones de las auditorias de gestión clinica	Informe de Seguimiento	4	> o igual al 80% de servicios involucrados que se hizo el seguimiento.	Dra. Heidi Ramirez					X				X					X					X
	Informe de evaluación de la implementación de acciones correctivas de las recomendaciones de las auditorias de gestión clinica	Informe de Implementación	2	> o igual al 80% recomendaciones implementadas	Dra. Heidi Ramirez									X										X
AUDITORIA DE PROCESOS	Realización de auditoria de calidad del proceso de atención en salud (Banco de Sangre)	Informe de auditoria.	1	> o igual al 80% cumplimiento de criterios evaluados	Dra. Heidi Ramirez								X											
	Realización de auditoria de calidad del proceso de atención en salud (Listas de Verificación de cirugía segura GO).	Informe de auditoria	4	> o igual al 90% de cumplimiento de las fases de la aplicación de lista de verificación. Auditoria realizadas	Dra. Heidi Ramirez					X				X					X					X
GUIAS DE PRACTICA CLINICA	Asesoría técnica en la implementación de guias de practica clinica.	Actas de reunion	10	100% de Asesoría realizadas	Equipo de Medicos Auditores de la OGC		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
	Reuniones con los jefaturas de los servicios de hospitalización, emergencia y consulta externa para la elaboración de las listas de verificación	Actas	8	>80% reuniones realizadas	Dra. Heidi Ramirez		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
	Realización de consolidados de guias de practica clinica vigentes (aprobadas, actualizadas e implementadas).	Informe	4	> o igual a 5 guias de practica clinica aprobadas y/o según las patologia mas frecuentes por departamento	Equipo de Medicos Auditores de la OGC					X				X					X					X
	Auditoria de la Adherencia de las Guias de Practica Clínica de los servicios de hospitalización, emergencia y consulta externa.	Informe de auditoria de 1GPC por Departamento	10	>80% de adherencia de guias	Equipo de Medicos Auditores de la OGC									X										X
EVALUACION	Evaluación del plan de auditoria	Informes	4	> del 95% del cumplimiento del plan establecido.	Dra. Heidi Ramirez					X				X					X				X	



MATRIZ DE PROGRAMACION DE GESTION DE CALIDAD EN SALUD 2018

HOSPITAL NACIONAL CAYETANO HEREDIA

COMPONENTE: PLANIFICACIÓN PARA LA CALIDAD

ACTIVIDAD				C R O N O G R A M A																																																			
01 Elaboración del Plan de Gestión de la Calidad				ENERO				FEBRERO				MARZO				ABRIL				MAYO				JUNIO				JULIO				AGOSTO				SEPTIEMBRE				OCTUBRE				NOVIEMBRE				DICIEMBRE							
TAREAS	RESULTADO (estándar)	Unidad de Medida	META	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4				
TAREA N° 1: Informe anual del cumplimiento del plan de gestión de calidad 2017.	100%	Informe	1			X																																																	
TAREA N° 2: Elaboración del Plan de Gestión de la Calidad del Hospital	100%	Plan	1							X																																													
TAREA N° 3: Aprobación del Plan con RD	100%	RD	1											X																																									
TAREA N° 4: Comité Técnico de Gestión de Calidad con RD	100%	RD	1													X																																							

COMPONENTE: GARANTÍA Y MEJORA DE LA CALIDAD

ACTIVIDAD				C R O N O G R A M A																																																			
02 Monitoreo, supervisión y evaluación del cumplimiento en la aplicación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía en centros quirúrgicos de establecimientos de salud de II y III nivel de atención.				ENERO				FEBRERO				MARZO				ABRIL				MAYO				JUNIO				JULIO				AGOSTO				SEPTIEMBRE				OCTUBRE				NOVIEMBRE				DICIEMBRE							
TAREAS	RESULTADO (estándar)	Unidad de Medida	META	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4				
TAREA N° 1: Cirugías Programadas que aplican Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía "LVSC"	80%	Informes adherencia	4															X																																					
TAREA N° 2: Cumplimiento de la aplicación de la encuesta para la implementación de la LVSC	80%	Informes	4													X																																							

ACTIVIDAD				C R O N O G R A M A																																																			
03 Monitoreo, supervisión y evaluación de la implementación del Registro, Notificación y Análisis de la ocurrencia de Eventos Adversos en Salud en los establecimientos de salud				ENERO				FEBRERO				MARZO				ABRIL				MAYO				JUNIO				JULIO				AGOSTO				SEPTIEMBRE				OCTUBRE				NOVIEMBRE				DICIEMBRE							
TAREAS	RESULTADO (estándar)	Unidad de Medida	META	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4				
TAREA N° 1: RD Comité de Seguridad del Paciente y Manejo de riesgos	100%	RD	1							X																																													
TAREA N° 2: Plan de Capacitación e Implementación en Seguridad del Paciente para el comité	80%	Plan	1											X																																									
TAREA N° 3: Equipos de Rondas de seguridad del paciente Capacitados en Rondas de Seguridad del Paciente	80%	Informe	1											X																																									
TAREA N° 4: Cumplimiento Integral de Rondas de Seguridad del Paciente de las IPRESS	80%	Aplicativo	3											X																																									
TAREA N° 5: Equipos Capacitados en Notificación de Eventos Adversos y Eventos Centinelas	80%	Informe	1											X																																									
TAREA N° 6: Reportes de incidentes y eventos adversos en IPRESS (Reporte mensual e Informe Trimestral)	80%	Informes	4											X																																									
TAREA N° 7: Acciones de Mejora implementadas (Buenas Practicas en Seguridad del Paciente: Rondas y Eventos)	25%	Informes	1																																																				

ACTIVIDAD				C R O N O G R A M A																																																			
04 Implementación de la Auditoría de la Calidad de Atención en los establecimientos de salud				ENERO				FEBRERO				MARZO				ABRIL				MAYO				JUNIO				JULIO				AGOSTO				SEPTIEMBRE				OCTUBRE				NOVIEMBRE				DICIEMBRE							
TAREAS	RESULTADO (estándar)	Unidad de Medida	META	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4				
TAREA N° 1: RD Comité de Auditoría de Calidad en salud.	100%	RD	1											X																																									
TAREA N° 2: Equipos Capacitados en Auditorías de la Calidad en Salud de IPRESS	80%	Informe	1															X																																					
TAREA N° 3: Cumplimiento y Reportes de Auditorías de la Calidad en Salud de IPRESS (Auditoría Calidad de Registro H.C.L. 10 x Mes; Auditoría de Casos y/o Oficio)	80%	Informes	4															X																																					
TAREA N° 4: Acciones de Mejora implementadas en Auditorías de Calidad en Salud (Historias Clínicas, Auditorías de oficio, auditorías de caso)	25%	Informes	2																																																				
TAREA N° 5: Guías de Práctica Clínica oficializadas con RD en IPRESS.	100%	Guías	20																																																				
TAREA N° 6: Evaluación de Adherencia a Guías de Práctica Clínica. (%)	60%	Informes	2																																																				

ACTIVIDAD				C R O N O G R A M A																																															
05 Capacitación sobre uso de herramientas de la calidad y metodología para elaboración de proyectos de mejora continua de la calidad				ENERO				FEBRERO				MARZO				ABRIL				MAYO				JUNIO				JULIO				AGOSTO				SEPTIEMBRE				OCTUBRE				NOVIEMBRE				DICIEMBRE			
TAREAS	RESULTADO (estándar)	Unidad de Medida	META	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4				
TAREA N° 1: Comité y/o Equipo de Proyectos de mejora Continua con RD	100%	RD	1											X																																					
TAREA N° 2: Capacitación y/o asesorías virtuales a los Comité y/o Equipos de Mejora Continua, sobre uso de herramientas de la calidad y metodología para elaboración de Proyectos de Mejora.	80%	Informe	1																																																
TAREA N° 3: Elaboración de Proyectos de mejora / y/o acciones de mejora continua	1	Informes	2																																																



