



RESOLUCIÓN DIRECTORAL

Lima, 25 de Febrero de 2019

VISTO: El Expediente N° 3558-2019 con el Oficio N° 030-OGC-2019-HCH, remitido por la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital Cayetano Heredia, respecto a la Aprobación Plan Anual de Gestión de la Calidad del Hospital Cayetano Heredia, y;

CONSIDERANDO:

Que, el artículo VI del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, establece que es de interés público la provisión de servicios de salud, cualquiera sea la persona o institución que los provea. Es 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, mediante Resolución Ministerial N° 519-2006-MINSA, del 30 de mayo del 2006, se aprobó el Documento Técnico: "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud", cuya finalidad es contribuir a fortalecer los procesos de mejora continua de la calidad en salud en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo y teniendo como objetivo, establecer los principios, normas, metodologías y procesos para la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, orientado a obtener resultados para la mejora de la calidad de atención en los servicios de salud;



Que, el Documento Técnico: "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud", establece los componentes para el desarrollo y establecimiento del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud como son: Planificación para la calidad, Organización para la calidad, Garantía y Mejora de la Calidad e Información para la Calidad;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 640-2006/MINSA, se aprobó el Manual para la Mejora Continua de la Calidad, teniendo como finalidad, estandarizar conceptos y uniformizar las herramientas y técnicas para la mejora continua de la calidad en los servicios y establecimientos de salud;



Que, mediante Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, se aprobó el Documento Técnico: "Política Nacional de Calidad en Salud", cuya finalidad es contribuir a la mejora de la calidad de la atención de salud en las organizaciones proveedoras de servicios de salud mediante implementación de directrices emanadas de la Autoridad Sanitaria Nacional y teniendo como objetivo, establecer las directrices que orienten el desarrollo de las intervenciones destinadas a mejorar la calidad de la atención de salud en el sistema de salud del Perú;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 095-2012/MINSA, se aprobó la Guía Técnica: "Guía para la Elaboración de Proyectos de Mejora y la Aplicación de Técnicas y Herramientas para la Gestión de la Calidad", teniendo como finalidad 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 área la gestión de la calidad y cuyo objetivo general es brindar al personal de las organizaciones de salud un documento de consulta que provea la metodología para la elaboración de proyectos de mejora de la calidad, así como la aplicación de técnicas y herramientas para la gestión de la calidad;

Que, el artículo 11° del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Cayetano Heredia, aprobado mediante Resolución Ministerial N° 216-2007/MINSA, indica que la Oficina de Gestión de la Calidad es el órgano encargado de implementar el Sistema de Gestión de la Calidad en el Hospital para promover la mejora continua de la atención asistencial y administrativa del paciente, con la participación activa del personal;

Que, en ese orden de ideas y conforme a lo señalado en los párrafos precedentes, resulta necesario la aprobación del Documento Técnico: Plan Anual de Gestión de Calidad del Hospital Cayetano Heredia 2019, el cual tiene como finalidad y justificación técnica contribuir en el fortalecimiento de los procesos de atención de los diferentes servicios del hospital, incorporando acciones de mejora continua de la calidad de atención, en función a las oportunidades de mejora identificadas, según los componentes del sistema de gestión de calidad, que permita la búsqueda de la satisfacción del usuario que acude al Hospital Cayetano Heredia;

Que, el literal i) del artículo 6° del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Cayetano Heredia; dispone que la Dirección General está a cargo de un Director General y tiene como una de sus funciones expedir Resoluciones Directorales en los asuntos de su competencia;

Estando a lo solicitado, por la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad, y lo opinado por la Asesoría Jurídica en el Informe N° 175-2019-OAJ/HCH;

Con visación de las Jefas de la Oficina de Gestión de la Calidad y de la Oficina de Asesoría Jurídica;

De conformidad con lo dispuesto en el TUO de la Ley del Procedimiento Administrativo General, Ley N° 27444 y las facultades previstas en el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Cayetano Heredia aprobado por Resolución Ministerial N° 216-2007/MINSA;

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- APROBAR el Documento Técnico: Plan Anual de Gestión de la Calidad del Hospital Cayetano Heredia 2019; el mismo que se adjunta y forma parte integrante de la presente Resolución.

Artículo 2°.- ENCARGAR a la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital Cayetano Heredia, adopte las acciones administrativas correspondientes para el cumplimiento del Plan aprobado en el artículo 1° de la presente Resolución.

Artículo 3°.- DISPONER que la Oficina de Comunicaciones efectúe la publicación y difusión de la presente Resolución Directoral en el Portal de Transparencia Estándar del Hospital Cayetano Heredia

REGÍSTRESE Y COMUNÍQUESE.

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

- () ACPR/BIC/ACV
DISTRIBUCIÓN:
() DG
() OGC
() OAJ
() OCOM

CERTIFICO:
ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL
Al que remito para los fines pertinentes
26 FEB. 2019
Sr. Emiliano Elias Suarez Quispe
FEDATARIO
HOSPITAL CAYETANO HEREDIA

DOCUMENTO TECNICO: PLAN ANUAL DE GESTION DE CALIDAD DEL HOSPITAL CAYETANO HEREDIA 2019



I.-FINALIDAD Y JUSTIFICACION TECNICA

El plan de gestión de calidad tiene como finalidad contribuir en el fortalecimiento de los procesos de atención de los diferentes servicios del hospital, incorporando acciones de mejora continua de la calidad de atención, en función a las oportunidades de mejora identificadas, según los componentes del sistema de gestión de calidad, que permita la búsqueda de la satisfacción del usuario que acude al Hospital Cayetano Heredia.

JUSTIFICACIÓN:

La calidad de atención en salud es definida como la provisión de servicios de salud a los usuarios 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 satisfacción de los usuarios.

Los beneficios y riesgos a la que hace alusión esta definición están referidas a que la calidad debe estar basada en el conocimiento de la evidencia científica.

La calidad de atención en salud incorpora como eje central al usuario, orientando las acciones hacia la mejora continua, considerando las dimensiones de calidad tales como la calidad técnica, humana y la del entorno, aunado a ello, el despliegue de estrategias en base a los componentes de la calidad de atención que son planificación, organización, garantía y mejora continua y finalmente lo relacionado al componente de información para la calidad que incorpora la atención del usuario en base a la escucha activa de sus reclamos. Hoy la calidad en los servicios de salud es considerando como un derecho ciudadano.

En este sentido el presente documento técnico denominado Plan de Gestión de Calidad 2019 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 2019.

II. AMBITO DE APLICACIÓN

El Plan de Gestión de la Calidad abarcará a los servicios asistenciales y administrativos del Hospital Cayetano Heredia.

III. MARCO LEGAL

- ✓ Ley N° 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, Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- ✓ Decreto Supremo N° 002-2019-SA Aprueban 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 DT "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud".
 - ✓ Resolución Ministerial N°456-2007/MINSA aprueba la NTS N° 050- MINSA/DGSPV: 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 la DT "Política Nacional de Calidad en Salud".
 - ✓ Resolución Ministerial N° 270-2009/MINSA, se aprueba la GT "Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".
 - ✓ Resolución Ministerial N° 1021-2010/MINSA, se aprueba la Guía Técnica de Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.
 - ✓ Resolución Ministerial N° 308-2010/MINSA, se aprueba la "Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía".
 - ✓ Resolución Ministerial N° 095-2012/MINSA, se aprueba la GT "Guía 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 las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud".
 - ✓ Resolución Ministerial N° 502-2016/MINSA que aprueba la NTS N° 029-MINSA/DIGEPRES V.02 " Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud"
 - ✓ Resolución Ministerial N° 214-2018/MINSA, se aprueba la NTS N° 139 – MINSA/2018/DGAIN: Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica.
 - ✓ Resolución Jefatural N° 631-2016/IGSS Que aprueba la Directiva Sanitaria N° 005-IGSS/V.01 "Sistema de Registro y Notificación de Incidentes, 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 " Analisis de los eventos centinelas en la IPRESS y UGIPRESS

IV.OBJETIVO GENERAL

Contribuir a la mejora de los procesos de atención en salud a través de la implementación de los componentes del sistema de gestión de calidad.

V. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Fortalecer la cultura de la calidad y mejora continua en los diferentes servicios del hospital a través de capacitaciones, acciones de mejora, proyectos e investigaciones en calidad.
2. Identificar inconformidades en el proceso de atención a través de las auditorías.
3. 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.
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, mediciones de la satisfacción del usuario externo, atención de los reclamos y otras mediciones para la identificación de oportunidades de mejora.



VI. ESTRATÉGIAS DE INTERVENCIÓN

1. Coordinación permanente con la Unidad Funcional de Gestión de Calidad y la Dirección General 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 Salud Lima Norte -DIRIS Lima Norte
3. Coordinación con la alta dirección del Hospital Cayetano Heredia.

VII.-RECURSOS:

- Recursos Humanos:
Apoyo para la contratación de 02 médicos auditores
- Recursos Financieros:
Asignación presupuestal para el cumplimiento de indicadores de Gestión de Calidad.
- Recursos Materiales:
Computadoras (4) para las actividades de las líneas de acción
Impresora
Tóner (2 mensual) (1)

VIII.-PRESUPUESTO

Para el desarrollo de las actividades de la Oficina de Gestión de Calidad el presupuesto se encuentra considerado en el programa de acciones Central- 5000003 Gestión administrativa, que está referida A las metas físicas 12.0, específica de gastos y la denominación del gasto y el presupuesto para el desarrollo de las actividades del mencionado plan.

RESUMEN DE FINANCIAMIENTO DE GESTION DE CALIDAD 2019

UNIDAD DE MEDIDA	META FISICA	ESPECIFICA DE GASTOS	DENOMINACION DE GASTO	COSTO s/.
Acción	12.0	2.3.11.11	1. Alimentos y bebidas para capacitaciones	1000
		2.3.25.12	2. Materiales y útiles de oficina/ autoevaluación institucional	3010.00
		2.3.2.1.2.99	3. Movilidad para los ponentes	1500
		2.3.2.7.11.6	4. Servicio de impresiones Afiches de calidad y seguridad del paciente, libro de reclamaciones, gigantografías de los derechos del usuario	10000
		2.3.2.7.32	5. Servicio de Capacitación para los comités de auditoría, audotevaluadores internos, seguridad del paciente	5630.00
		2.3.2.7.11.99	6. Servicios de terceros (auditores médicos, personal para encuestas , atención del reclamos)	188,4000
		2.6.3.2.31	7. Equipos informáticos (Computadoras+ impresoras)	30000.00



IX.-RESPONSABILIDADES

La Jefatura de la Oficina de Gestión de Calidad del Hospital Cayetano Heredia supervisa, monitorea y evalúa las actividades del presente plan según los componentes del sistema de gestión de calidad.

X.- MONITOREO Y EVALUACION

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 plan de seguridad del pacientes
4. Porcentaje de satisfacción del usuario externo
5. Avance de los indicadores de calidad de atención
6. Atención de los reclamos con respuesta en el tiempo establecido.



XI. MATRIZ DE PROGRAMACION DE ACTIVIDADES

COMPONENTE DEL SGC	ACTIVIDADES	UNIDAD DE MEDIDA	PERIOR.	PROGRAMACION DE ACTIVIDADES												META ANUAL	
				E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D		
Planificación	E.1 Diseño del Plan con Resolución Directoral	Plan aprobado	Anual	X	X	X											1
Control de la Calidad	R.1 Cumplimiento del Plan Anual de Gestión de la Calidad	Informe	Semestral							X						X	≥ 85%
Control de la Calidad	P.1 Monitoreo del avance de las actividades del Plan de Gestión de Calidad	Informe	Trimestral				x				x				x		3-
Información para la Calidad	P.2 Medición de satisfacción del Usuario Externo en Consulta Externa	Informe	Anual			x	x										1 (60% de satisfacción esperada)
Información para la Calidad	P.3 Medición de Satisfacción del usuario externo en relación al buen trato en Consulta Externa.	Informe	Anual			X	x										1 (60% de satisfacción esperada)
Información para la Calidad	R.2 Medición de satisfacción del Usuario en Hospitalización	Informe	Anual			X	x	x									1 (≥ 60% de satisfacción esperada)
Información para la Calidad	R.3 Medición de satisfacción del Usuario en Emergencia	Informe	Anual			X	x										1 (≥ 60% de satisfacción esperada)
Información para la Calidad	R.4 Medición del tiempo de espera en Consulta Externa (admisión+caja+farmacia+rayosx+laboratorio).	Informe	Trimestral		X		x			x					x		4
Información para la Calidad	R.5 Medición del tiempo de espera para la atención en los consultorios de la Consulta Externa.	Informe	Semestral	x	x									x	x		2
Garantía y mejora	E.2 Conformación del equipo de acreditación del HCH	R.D Equipo de acreditación	Anual		x												1
Garantía y mejora	P.4 Reunión de análisis de los resultados de las 10 autoevaluaciones realizadas	Informe	Anual			x											01
Garantía y mejora	E.3 Conformación de los evaluadores interno del HCH	Informe	Anual				x										01
Garantía y mejora	R.5 Realización de la autoevaluación Institucional.	Informe	Anual											x			01 (> 85%)
Garantía y mejora	P.5 Elaboración de acciones de mejora o proyectos de mejora de acuerdo a los resultados de auditoria, reclamos, encuestas, rondas, análisis causa raíz, autoevaluación, cirugía segura y rondas de seguridad.	Informe	Semestral						x							x	02



COMPONENTE DEL SGC	ACTIVIDADES	UNIDAD DE MEDIDA	PERIOR.	PROGRAMACION DE ACTIVIDADES												META ANUAL
				E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	
Garantía y mejora	P.6 Notificación de incidentes y eventos adversos	Informe	Trimestral				X			X			x		x	4
Garantía de la Calidad	R.5 Encuesta para evaluar la implementación de la Lista de Verificación de la Cirugía Segura.	Informe	Trimestral				X			X			x		X	4
Garantía de la Calidad	R.6 Medición porcentual de la LVSC generadas en cirugías programadas	Informe	Trimestral	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	≥ 96%
Garantía de la Calidad	P.7 Realización de las rondas de seguridad del paciente	Rondas realizadas	Trimestral		x		x		X		x		x		x	6
Garantía de la Calidad	P.8 Análisis de los eventos adversos y/o eventos centinela	Informe	Trimestral		x		x		X		x		x		x	6
Garantía de la calidad	P.9 Capacitación al Comité de Seguridad del Paciente y manejo de riesgos	Informe	Anual											x		1
Garantía y mejora	R.7 Realización de auditorías de Gestión Clínica: evaluación de la calidad de registro de emergencia, hospitalización	Informe	Trimestral						X	X	X	X	X	X	X	4 (90% satisfactorio)
Garantía y mejora	P.10 Capacitación al Comité de auditoría médica y auditoría en salud.	Informe	Anual			x							x			1
Garantía y mejora	P.11 Realización de las auditorías de la calidad de atención.	Informe	Trimestral			X			X			X			X	4
Información para la Calidad	P.12 Elaboración de reportes de los reclamos del libro de reclamaciones.	Informe	Mensual	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	12
Información para la Calidad	P.14 Capacitación al personal de la plataforma en las normativas vigentes de atención de reclamos, derechos de los usuarios".	Informe	Semestral		x						X					2

