



TAP. HAYDEE HILDA JAPACYACHI TAQUA
FEDATARIA
Hospital Nacional Hipólito Unanue
Ministerio de Salud

19 MAR 2019

Resolución Directoral

El presente documento es
COPIA FIEL DEL ORIGINAL
que he tenido a la vista

Lima, 18 de Mayo de 2019

Visto el Expediente N° 19-005529-001, conteniendo la Nota Informativa N° 021-2019-OGC/HNHU de la Oficina de Gestión de la Calidad solicitando la aprobación del Plan Anual de Gestión de la Calidad de la Atención en Salud del Hospital Nacional Hipólito Unanue 2019;

CONSIDERANDO:

Que, los artículos I y II del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, disponen que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, y que la protección de la salud es de interés público. Por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;

Que, el artículo VI del Título Preliminar de la precitada Ley, establece que es de interés público la provisión de servicios de salud, cualquiera sea la persona o institución que los provea, siendo 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 inciso b) del artículo 37° del Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, aprobado mediante Decreto Supremo N° 013-2006-SA, establece que al Director Médico o al responsable de la atención de salud le corresponde asegurar la calidad de los servicios prestados, a través de la implementación y funcionamiento de sistemas para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención y la estandarización de los procedimientos de la atención de salud;

Que, mediante Nota Informativa N° 021-2019-OGC/HNHU, la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad solicita la aprobación del Plan Anual de Gestión de la Calidad de la Atención en Salud del Hospital Nacional Hipólito Unanue 2019;

Que, mediante Memorando N° 085-2019-OPE/HNHU la Directora Ejecutiva de la Oficina de Planeamiento Estratégico informa que mediante Nota Informativa N° 0008-2019-UPL/OPE/HNHU, la Unidad de Planeamiento indica que el referido Plan cumple con la estructura mínima para la elaboración de documentos técnicos y que el presente Plan forma parte del producto operativo: Gestión de las atenciones basado en procesos, programado en el POA 2019, vinculado a la actividad Presupuestal 5000003-Gestión Administrativa;

Que, el Plan Anual de Gestión de la Calidad de la atención en salud del Hospital Nacional Hipólito Unanue 2019 propuesto, tiene como objetivo general desarrollar y aplicar las herramientas e instrumentos para la ejecución de las diferentes actividades que garantice la calidad de la atención de los usuarios internos y externos;

Estando a lo informado por la Oficina de Asesoría Jurídica en su Informe N° 175-2019-OAJ/HNHU;

Con el visado de la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad, del Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica y de la Directora Ejecutiva de la Oficina de Planeamiento Estratégico; y,



De conformidad con la Ley N° 26842, Ley General de Salud, Decreto Supremo N° 013-2006-SA y en uso de las atribuciones conferidas en el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional Hipólito Unanue, aprobado por Resolución Ministerial N°099-2012/MINSA;

SE RESUELVE:

Artículo 1.- Aprobar el "Plan Anual de Gestión de la Calidad de la Atención en Salud del Hospital Nacional Hipólito Unanue 2019", el mismo que forma parte de la presente Resolución y por las razones expuestas en la parte considerativa.

Artículo 2.- Encargar a la Oficina de Gestión de la Calidad la ejecución y seguimiento del Plan Anual de Gestión de la Calidad de la atención en salud del Hospital Nacional Hipólito Unanue 2019, aprobado por el artículo 1 de la presente Resolución.

Artículo 3.- Disponer que la Oficina de Comunicaciones proceda a la publicación de la presente Resolución en la Página Web del Hospital.

Regístrese y comuníquese.

MINISTERIO DE SALUD
Hospital Nacional "Hipólito Unánue"

Dr. Luis W. MIRANDA MOLINA
DIRECTOR GENERAL (e)
CMP N°27423



LWMM/OACH/Marlene G.

DISTRIBUCIÓN

- () D. Adjunta
- () OAJ
- () Oficina de Gestión de la Calidad
- () Dptos Asistenciales
- () OCI
- () Archivo.



PERU

Ministerio de
Salud

Hospital Nacional Hipólito
Unanue

Oficina de Gestión de la Calidad

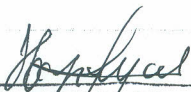
"Año de la Lucha de la Corrupción e Impunidad"



"HOSPITAL NACIONAL "HIPÓLITO UNANUE"



Plan Anual de Gestión de la Calidad de la Atención en Salud del Hospital Nacional Hipólito Unanue 2019


TAP. HAYDÉE HILDA CAPACYACHI TAQUA
FEDATARIA
Hospital Nacional Hipólito Unanue
Ministerio de Salud

19 MAR 2019

El presente documento es
COPIA FIEL DEL ORIGINAL
que he tenido a la vista

OGC

Oficina de
Gestión de la
Calidad



1



EQUIPO DE GESTIÓN DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE

M.C. LUIS WILFREDO MIRANDA MOLINA
Director General

M.C. JUAN GUALBERTO RODRÍGUEZ PRKUT
Director Adjunto

M.C. WALTER ALFREDO ESPINOZA CUESTAS
Director Ejecutivo de la Oficina de Administración

LIC. ELIZABETH YOVANNY SOTO MONTEJOS
Directora Ejecutiva de la Oficina de Planeamiento Estratégico

EQUIPO TÉCNICO DE LA OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

M.C. SANDRA GIOVANNA TRAVERZO VILA
Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad

BACH. DANIEL SABINO QUEVEDO TINCOPA
Unidad de Garantía de la Calidad-Acreditación

M.C. FELICITA ZENAIDA VIVANCO CORAQUILLO
M.C. SANDRA CARRASCO ARTETA
Unidad de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud

M.C. SILVIA PAOLA VARGAS CHUGO
Unidad de Seguridad del Paciente

BACH. CHRIS MENDOZA MOLINA
Unidad de Mejora Continua

TEC. ROXANA MORENO SÁNCHEZ
Asistente Administrativo

KARINA HUAMÁN MURILLO
Secretaria





ÍNDICE

I.	INTRODUCCION	4
II.	FINALIDAD	5
III.	OBJETIVO	5
IV.	BASE LEGAL	5-6
V.	ÁMBITO DE APLICACIÓN	6
VI.	CONTENIDO	6
	6.1. ASPECTOS TÉCNICOS CONCEPTUALES	6-9
	6.2. ACTIVIDADES	9-11
VII.	RESPONSABILIDADES	11
VIII.	PRESUPUESTO	12-14
IX.	BIBLIOGRAFÍA	14
X.	ANEXO: MATRICES DE PROGRAMACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES OPERATIVAS (3 EJES DE TRABAJO)	15-18


TAP. HAYDEE WILDA CAPACYACHI TAQUIA
FEDATARIA
Hospital Nacional Hipólito Unanue
Ministerio de Salud

19 MAR 2019

El presente documento es
COPIA FIEL DEL ORIGINAL
que he tenido a la vista



I. INTRODUCCIÓN

La Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital Nacional Hipólito Unanue, tiene como función principal implementar el Sistema de Gestión de la Calidad en la Institución; a fin de promover con la participación activa del personal de salud; la mejora continua de la atención asistencial y administrativa al paciente.

Nuestra oficina, trabaja articuladamente con las diferentes unidades orgánicas, cumpliendo una función importante en el desarrollo de actividades, que permitan mejorar la calidad de la atención y la satisfacción de los usuarios tanto internos como externos.

Considerando a la calidad de la atención como uno de los pilares fundamentales de la prestación de los servicios de salud, se deduce que la calidad de la atención es un requisito fundamental, orientado a otorgar seguridad a los usuarios, satisfaciendo sus expectativas por la atención de salud y minimizando los riesgos en la prestación de servicios; esto conllevó a la necesidad de implementar un sistema de gestión de la calidad en nuestra institución, la misma, que debe ser evaluada regularmente, para lograr mejoras progresivas en cuanto a la calidad.

Nuestra actividad está enmarcada en los lineamientos de la calidad a través de los siguientes ejes:

Eje 1: Gestión de procesos para la certificación y la acreditación.

Eje 2: Cultura de la calidad y mejora continua.

Eje 3: Gestión del riesgo y las buenas prácticas en seguridad del paciente:

Seguridad del Paciente y Auditoría de la Calidad de Atención en Salud

Para lo cual la Oficina de Gestión de la Calidad se organiza en las siguientes unidades:

UNIDAD DE AUDITORÍA DE LA CALIDAD; donde se desarrollan los procesos de evaluación de auditoría de calidad de historias clínicas; auditoría de caso, evaluación y aprobación de guías de práctica clínica, guía de procedimientos y evaluación de procesos de adherencia a guías de práctica clínica, así como de procedimientos.

UNIDAD DE GARANTÍA DE LA CALIDAD; área donde se desarrollan todos los aspectos administrativos y operativos de los Procesos de Autoevaluación para la Acreditación Hospitalaria.

UNIDAD DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD; área donde se desarrollan todos los aspectos administrativos y operativos de los Procesos de Mejora Continua; proyectos de mejora continua, Aplicación de Encuestas de Satisfacción del Usuario Externo, medición de tiempo de espera.





UNIDAD DE SEGURIDAD DEL PACIENTE, área donde se desarrollan las Rondas de Seguridad del paciente, análisis de los incidentes, eventos adversos y/o eventos centinela, verificación del cumplimiento de las listas de chequeo de cirugía segura, auditoría de registro de lista de verificación de cirugía segura.

Por tal motivo el Plan Anual de Gestión de la Calidad de la Atención en Salud 2019 señala los objetivos y actividades que desarrollará la Oficina de Gestión de la Calidad en el Hospital Nacional Hipólito Unanue.

II. FINALIDAD

Fortalecer el Sistema de Gestión de la Calidad en Salud de la institución, de acuerdo a las necesidades y expectativas de nuestros usuarios (internos y externos)

III. OBJETIVO

OBJETIVO GENERAL

Desarrollar y aplicar herramientas e instrumentos para la ejecución de las diferentes actividades que garantice la calidad de la atención de nuestros usuarios (internos y externos)

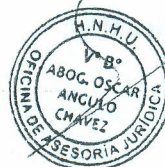
IV. BASE LEGAL

1. Ley N° 26842, "Ley General de Salud" y sus modificatorias
2. Ley N° 27658, "Ley Marco de Modernización de la Gestión del Estado"
3. Ley N° 27806, "Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública"
4. Ley N° 27815, "Ley del Código de Ética de la Función Pública"
5. Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
6. Decreto Supremo N° 013-2006-SA, que aprueba el: "Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".
7. Resolución Ministerial N° 519 – 2005/MINSA que aprueba el Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad de la Atención en Salud.
8. Resolución Ministerial N° 676-2006-MINSA – "Plan Nacional para la Seguridad del Paciente 2006-2008".
9. Resolución Ministerial N° 596-2007/MINSA, aprueban el Plan Nacional de Gestión de la Calidad en Salud.
10. Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, Documento Técnico "Política Nacional de Calidad en Salud"
11. Resolución Ministerial N° 1021-2010/MINSA, que aprueba la Guía Técnica de Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.
12. Resolución Ministerial N° 527-2011/MINSA, que aprueba la Guía Técnica para la Evaluación de la Satisfacción del Usuario Externo en los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.

[Firma]
TAP. HAYDEE BALDA CAPACYACHI TAQUA
FEDATARIA
Hospital Nacional Hipólito Unanue
Ministerio de Salud

19 MAR 2019

El presente documento es
COPIA FIEL DEL ORIGINAL
que he tenido a la vista



13. Resolución Ministerial N° 095- 2012/MINSA que aprueba la Guía Técnica para la elaboración de Proyectos de Mejora y la Aplicación de Técnicas y Herramientas para la Gestión de la Calidad.
14. Resolución Ministerial N° 099-2012/MINSA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional Hipólito Unanue.
15. Resolución Ministerial N° 302-2015/MINSA, que aprueba la Norma Técnica de Salud N°117-MINSA/DGSP-V.01, Norma Técnica de Salud para la Elaboración y Uso de Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud
16. 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.
17. Norma Técnica de Salud N°139-MINSA/2018/DGAIN: "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica" aprobada con resolución Ministerial 214-2018/MINSA

V. ÁMBITO DE APLICACIÓN

El presente Plan es de aplicación en todas las direcciones, departamentos, servicios y oficinas asistenciales como administrativos del Hospital Nacional Hipólito Unanue.

VI. CONTENIDO

6.1. ASPECTOS TÉCNICOS CONCEPTUALES

Atención Segura:

Grado en el cual los servicios sanitarios para individuos y poblaciones aumentan la posibilidad de resultados en salud deseados y son consistentes con el conocimiento profesional actual.

Auditoría de Caso:

Es aquella que, por su implicancia en las políticas de la organización, su carácter legal, en mérito a los reclamos, quejas y/o denuncias presentadas, su complejidad requieren un manejo especial que obliga a la participación de diferentes especialidades asistenciales, incluyendo muchas veces funciones operativo - administrativas del establecimiento de salud.

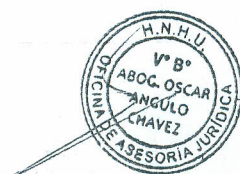
Auditoría Médica:

Es el análisis crítico y sistemático de la calidad de la atención médica, incluyendo procedimientos, diagnósticos y decisiones terapéuticas, el uso de recursos y los resultados de los mismos que repercutan en los desenlaces clínicos y en la calidad de vida del paciente; es realizada solamente por el personal médico para determinar la adecuación y correspondencia con los criterios normativos pre-establecidos.

Calidad:

Conjunto de características que posee un producto o servicio y que satisfacen los requisitos técnicos y expectativas de los usuarios.

Complicación:





Resultado clínico de probable aparición e inherente a las condiciones propias del paciente y/o de su enfermedad.

Error:

Es la falla para completar una acción tal como fue planeada o el uso de un plan equivocado para lograr un objetivo. No todos los errores producen daño o lesión.

Evento Adverso:

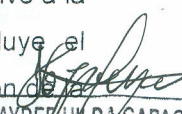
Es un daño, una lesión o un resultado inesperado e indeseado en la salud del paciente, directamente asociado con la atención de salud.

Evento centinela:

Es un incidente o suceso que produce una muerte o un daño físico o psicológico severo de carácter permanente, que no estaba presente anteriormente y que requiere tratamiento permanente o cambio en el estilo de vida.

Gestión de la Calidad:

Son las actividades coordinadas para dirigir y controlar una Organización en lo relativo a la calidad. La dirección y control en lo relativo a la calidad generalmente incluye el establecimiento de la política de la calidad, los objetivos de la calidad, la planificación de la calidad, el control de la calidad, el mejoramiento de la calidad y el aseguramiento de la calidad.


TAP. HAYDEE HILDA CAPACYACHI TAQUA
PEDATARIA
Hospital Nacional Hipólito Unanue
Ministerio de Salud

19 MAR 2019

Guía de Práctica Clínica

Las Guías de Práctica Clínica (GPC) son un conjunto de recomendaciones desarrolladas de forma sistemática para ayudar a profesionales y a pacientes a tomar decisiones sobre la atención sanitaria más apropiada, y a seleccionar las opciones diagnósticas o terapéuticas más adecuadas a la hora de abordar un problema de salud o una condición clínica específica.

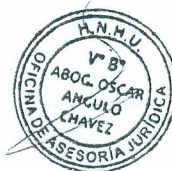
El presente documento es
COPIA FIEL DEL ORIGINAL
que he tenido a la vista

Gestión de Riesgo

Conjunto de acciones que, aunque no garanticen la ausencia de "siniestros", tratan de agotar sus posibilidades de ocurrencia, dentro de costos sostenibles, tiene como objetivo la identificación, valoración, análisis y gestión de todo tipo de riesgos: clínicos y administrativos, en la organización, así se tome conciencia de la seguridad en salud, se registre y reporte los errores para de esta manera contribuir a la mejora.

Herramientas de Calidad:

Son los instrumentos que nos sirven para analizar el problema objetivo.

Medida de mejora:

Es una medida adoptada o una circunstancia para mejorar o compensar cualquier daño derivado de un incidente.

Mejora Continua:

Proceso interrumpido de cambio, con base en un ciclo que comprende cuatro fases: Planificar, Hacer, Verificar y Actuar.

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.

Riesgo:

Probabilidad de ocurrencia de un evento adverso dentro del sistema de atención de salud o un factor que incremente tal probabilidad.

Satisfacción del Usuario:

Son las expectativas, necesidades y preferencias de los usuarios sobre el servicio ofrecido.

Seguridad del Paciente:

Se define como la reducción y mitigación de actos inseguros dentro del sistema de atención de salud mediante el uso de las mejores prácticas, que aseguren la obtención de óptimos resultados para el paciente.

Tiempo de espera:

Es el tiempo de respuesta que pasa desde la entrada al Instituto hasta el momento efectivo que se ofrece el servicio.

Usuario interno:

Personas que pertenecen al establecimiento de salud y realizan acciones para el logro de resultados ya sea en bienes o servicios.

Usuario externo:

Personas que requieren de un servicio en un establecimiento de salud para solucionar el problema de salud que le aqueja.

6.2. ACTIVIDADES

EJE 1: GESTION DE PROCESOS PARA LA CERTIFICACIÓN /ACREDITACIÓN



**Objetivo Específico 1.1. Fortalecer competencias en el Proceso de Evaluación Integral de la Calidad para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo**

ACT. 1: Actualizar mediante Resolución Directoral al Equipo de Evaluadores Internos del HNHU.

ACT. 2: Informe de capacitación referente a la Norma Técnica de Salud: Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo al Equipo de Evaluadores Internos.

Objetivo Específico 1.2. Desarrollar el Proceso de Acreditación / Certificación Institucional

ACT. 3: Elaboración y aprobación con Resolución Directoral del Plan de Autoevaluación según normatividad vigente.

ACT. 4: Informe de Ejecución del Plan de Autoevaluación.

ACT. 5: Informe de Seguimiento al Plan de Mejora en base al Informe Técnico de la Autoevaluación realizada.

EJE 2: CULTURA DE LA CALIDAD Y MEJORA CONTINUA

[Firma]
TAP. HAYDEE MILDA CAPACYACHI TAQUA
FEDATARIA
Hospital Nacional Hipólito Unanue
Ministerio de Salud

Objetivo Específico 2.1. Fortalecer competencias en Mejora Continua de la Calidad (Proyectos de MCC)

ACT. 6: Reconocimiento mediante Resolución Directoral de los Equipos de Proyectos de Mejora Continua del HNHU.

El presente documento es
COPIA FIEL del ORIGINAL
que he tenido a la vista

ACT. 7: Informe de capacitación en Gestión de Proyectos de Mejora Continua a los diferentes Equipos de Proyectos de Mejora Continua.

Objetivo Específico 2.2. Promover una Cultura por la Mejora Continua de la Calidad

ACT. 8: Informe de avance de los Proyectos de Mejora Continua.

ACT. 9: Medición de la satisfacción del usuario externo, metodología (SERVQUAL) en Consulta Externa, Emergencia y Hospitalización.

ACT. 10: Plan de acciones de mejora de acuerdo a los resultados de la encuesta de satisfacción de usuario externo.

Objetivo Específico 2.3. Optimizar y Mejorar Procesos Críticos (Desarrollo de Proyectos de MCC)

ACT. 11: Informe de implementación de mejoras para la reducción de tiempos de espera en la consulta externa.

EJE 3: GESTIÓN DEL RIESGO Y LAS BUENAS PRÁCTICAS EN SEGURIDAD DEL PACIENTE**Objetivo Específico 3.1. Fortalecer competencias en Buenas Prácticas de Atención y Gestión del Riesgo**

ACT. 12: Elaboración y aprobación con Resolución Directoral del Plan de Seguridad del Paciente 2019

ACT. 13: Reconfirmación y aprobación mediante Resolución Directoral del Comité de Auditoría del HNHU.

ACT. 14: Elaboración y aprobación mediante Resolución Directoral del Plan de Auditoría

ACT. 15: Informe de Capacitación dirigido a las jefaturas asistenciales en relación al Proceso de la Auditoría y Medicina basada en evidencias para la elaboración del Guías de práctica clínica

Objetivo Específico 3.2. Fortalecer el Sistema de Registro- Notificación - Análisis y Mejora del Incidente y Evento Adverso

ACT. 16: Informe de Capacitación dirigido los integrantes del Comité de Seguridad del Paciente, a las jefaturas asistenciales en Gestión de Riesgo, notificaciones de eventos adversos, análisis de evento centinela.

Objetivo Específico 3.3. Promover una Cultura basada en el aprendizaje del error - Cultura de Seguridad

ACT. 17: Reporte del Listado de Guías de Práctica Clínica, aprobadas con Resolución Directoral de los diferentes servicios asistenciales del HNHU.

ACT. 18: Reporte del Listado de Fichas de Verificación de las Guías de Práctica Clínica aprobadas con Resolución Directoral de los diferentes servicios asistenciales del HNHU.

ACT. 19: Informe de Adherencia de Guías de Práctica aprobadas con Resolución Directoral en las Historias Clínicas.

Objetivo Específico 3.4. Fortalecer Buenas Prácticas de Atención por la Seguridad del Paciente (Objetivos Internacionales en Seguridad del Paciente)

ACT. 20: Informe trimestral de la evaluación de la correcta aplicación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía (LVSC) en las cirugías programadas.

ACT. 21: Informe semestral de la encuesta aplicada para la implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía (LVSC).

Objetivo Específico 3.5. Implementar el Proceso de Aprendizaje del Error (Rondas de Seguridad; Identificación-Registro-Notificación-Análisis y Mejora del Incidente y Evento Adverso)

ACT.22: Informe trimestral del reporte de Eventos Adversos.

ACT.23: Informe del cumplimiento de Buenas Prácticas de la Atención en Salud en el HNHU; resultados de las Rondas de Seguridad ejecutadas.

ACT.24: Informe trimestral de la implementación o de acciones de mejora post Rondas de Seguridad del Paciente ejecutadas.

ACT. 25: Informe de Auditoría de Registro de la Calidad de la Historia Clínica en Emergencia.





ACT. 26: Informe de Auditoría de Registro de la Calidad de la Historia Clínica en Consulta Externa.

ACT. 27: Informe de Auditoría de Registro de la Calidad de la Historia Clínica en Hospitalización.

ACT. 28: Informe de retroalimentación de los resultados de las Auditorías de Registro de la Calidad de la Historia Clínica realizadas.

ACT. 29: Informe de Cumplimiento de Recomendaciones basado en las Auditorías de Registro de la Calidad de la Historia Clínica realizadas.

ACT. 30: Informe de Auditorías de Caso realizadas según corresponda en el HNNU.

ACT.31: Informe trimestral del Plan de Auditoría.

Objetivo Específico 3.6. Fortalecer el Proceso de Análisis de los Eventos Centinela (Intervención Contingencial)

ACT 32: Informe de análisis de Evento Centinela que se presenten.

VII. RESPONSABILIDADES

OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

Supervisar y ejecutar las actividades programadas según los criterios de programación para el 2019 por parte del Ministerio de Salud (MINSA).

Enviar información según periodicidad de reporte a la Dirección General, DINS Lima Este /MINSA

[Firma]
TAP. HAYDEE HILDA CAPACYACHI TAQUA
FEDATARIA
Hospital Nacional Hipólito Unanue
Ministerio de Salud

19 MAR 2019

El presente documento es
COPIA FIEL DEL ORIGINAL
que he tenido a la vista

VIII. PRESUPUESTO

Para el cumplimiento de los 3 Ejes de Trabajo a desarrollar en el presente año, se ha realizado el siguiente presupuesto:

EJE 1: GESTION DE PROCESOS PARA LA CERTIFICACIÓN /ACREDITACIÓN

PRODUCTO	ACTIVIDAD	TAREAS	Unidad de Medida	Meta Física Anual	CADENA PROGRAMÁTICA PRESUPUESTAL				PRESUPUESTO PLAN					
					CATEGORIA PRESUPUESTAL	F.F.	FINALIDAD	META PRES	CLASIFICADOR	Nombre Ítem	Unidad Medida	Cantidad	Precio Unitario	Total
Gestión de la calidad en todos los niveles de atención.	Gestión de Procesos para la Certificación/Acreditación	Plan Anual de Gestión de la Calidad y Derechos de las Personas del Hospital Nacional Hipólito Unanue	Informes	4	9001. ACCIONES CENTRALES	RO	0000009. ACCIONES ADMINISTRATIVAS	0110	2.3.1 5.1 2 Papelería En General, Útiles Y Materiales De Oficina	Plumones	unidad	30	S/. 2.00	S/. 60.00
										Plástico carnet	unidad	70	S/. 1.50	S/. 105.00
										Papel Bond	Millar	100	S/. 15.00	S/. 100.00
										Lapiceros	unidad	200	S/. 0.50	S/. 100.00



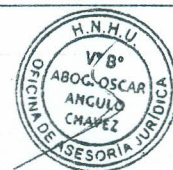
										Folder manila	unidad	200	S/. 0.50	S/. 100.00
										Cinta foto checks	unidad	70	S/. 1.00	S/. 70.00
										Papelotes	unidad	30	S/. 0.30	S/. 9.00
										Fotocopiado	unidad	1400	S/. 0.10	S/. 140.00
										Anillado	unidad	30	S/. 30.00	S/. 900.00
									2.3.1 1.1.1 Alimentos y Bebidas para consumo humano	Refrigerio	unidad	180	S/. 7.00	S/. 1260.00
										Certificados	unidad	30	S/. 2.00	S/. 60.00
													TOTAL	S/. 2,904.00

EJE 2: CULTURA DE LA CALIDAD Y MEJORA CONTINUA

PRODUCTO	ACTIVIDAD	TAREAS	Unidad de Medida	Meta Física Anual	CADENA PROGRAMÁTICA PRESUPUESTAL				PRESUPUESTO PLAN					
					CATEGORIA PRESUPUESTAL	F.F	FINALIDAD	META PRES	CLASIFICADOR	Nombre ítem	Unidad Medida	Cantidad	Precio Unitario	Total
Gestión de a calidad en todos los niveles de atención.	Cultura de la Calidad y Mejora Continua	Plan Anual de Gestión de la Calidad y Derechos de las Personas del Hospital Nacional Hipólito Unanue	Informes	4	9001. ACCIONES CENTRALES	RO	0000009. ACCIONES ADMINISTRATIVAS	0110	2.3.1 5.1 2 Papelería En General, Útiles Y Materiales De Oficina	Plumones	unidad	15	S/. 2.00	S/. 30.00
										Hojas bond	millar	80	S/. 15.00	S/. 1200.00
										Lapiceros	unidad	30	S/. 0.50	S/. 15.00
										Folder manila	unidad	60	S/. 0.50	S/. 30.00
										Plástico carnet	unidad	30	S/. 1.50	S/. 45.00
										Cinta foto checks	unidad	30	S/. 1.00	S/. 30.00
										Cinta masking tape	unidad	2	S/. 2.00	S/. 4.00
										Papelotes	unidad	30	S/. 0.30	S/. 9.00
										Fotocopiado	unidad	150	S/. 0.10	S/. 15.00
									2.3.1 1.1.1 Alimentos y Bebidas para consumo humano	Refrigerio	unidad	60	S/. 7.00	S/. 420.00
										Certificados	unidad	25	S/. 2.00	S/. 50.00
													TOTAL	S/. 1,848.00

EJE 3: GESTIÓN DEL RIESGO Y LAS BUENAS PRÁCTICAS EN SEGURIDAD DEL PACIENTE

PRODUCTO	ACTIVIDAD	TAREAS	Unidad	Meta	CADENA PROGRAMÁTICA PRESUPUESTAL	PRESUPUESTO PLAN
----------	-----------	--------	--------	------	----------------------------------	------------------





PERU

Ministerio de
SaludHospital Nacional Hipólito
Unanue

Oficina de Gestión de la Calidad

"Año de la Lucha de la Corrupción e Impunidad"

			de Medida	Física Anual	CATEGORIA PRESUPUESTAL	F.F	FINALIDAD	METAPRES	CLASIFICADOR	Nombre Ítem	Unidad Medida	Cantidad	Precio Unitario	Total
Gestión de la calidad en todos los niveles de atención.	Supervisión, Control y Seguridad en la Atención del Paciente	Plan Anual de Gestión de la Calidad y Derechos de las Personas del Hospital Nacional Hipólito Unanue	Informes	4	9001. ACCIONES CENTRALES	RO	000000 9. ACCIONES ADMINISTRATIVAS	0110	2.3.1 5.1 2 Papelería En General, Útiles Y Materiales De Oficina	Cartulina dúplex	unidad	250	S/. 1.00	S/. 250.00
										Plumones	unidad	250	S/. 2.00	S/. 500.00
										Plástico carnet	unidad	150	S/. 1.50	S/. 225.00
										Hojas bond	millar	100	S/. 15.00	S/. 1,500.00
										Lapiceros	unidad	150	S/. 0.50	S/. 75.00
										Folder manila	unidad	1,500	S/. 0.50	S/. 750.00
										Cinta foto checks	unidad	150	S/. 1.00	S/. 150.00
										Barra goma UHU	unidad	100	S/. 2.50	S/. 250.00
										Cinta masking tape	unidad	100	S/. 2.00	S/. 200.00
										Limpiapiños	unidad	75	S/. 2.00	S/. 150.00
										Papelotes	unidad	250	S/. 0.30	S/. 75.00
										Juego de hojas arco iris	unidad	50	S/. 17.50	S/. 875.00
									2.3.1 1.1 1 Alimentos y Bebidas para consumo humano	Refrigerio	unidad	120	S/. 7.00	S/. 840.00
													TOTAL	S/. 5,840.00

Presupuesto Total

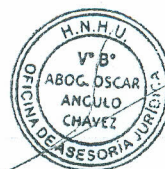
EJE DE TRABAJO	MONTO
Eje de Trabajo 1	S/. 2,904.00
Eje de Trabajo 2	S/. 1,848.00
Eje de Trabajo 3	S/. 5,840.00
TOTAL	S/. 10,792.00

IX. BIBLIOGRAFÍA

<http://www.minsa.gob.pe/calidad/>

[Firma]
TAP. HAYDEE HILDA CAPACYACHI TAQUA
FEDATARIA
Hospital Nacional Hipólito Unanue
Ministerio de Salud
19 MAR 2019

El presente documento es
COPIA FIEL DEL ORIGINAL
que he tenido a la vista



X. ANEXO

Ministerio de Salud
Honduras
Dirección General de Asesoría Jurídica

El presente documento es
COPIA DEL ORIGINAL
que se remite a la vista





ANEXO N° 01

MATRICES DE PROGRAMACIÓN Y SEGUIMIENTO

PLAN ANUAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD Y DERECHO DE LAS PERSONAS 2016

HOSPITAL NACIONAL "HIPÓLITO UNANUE"

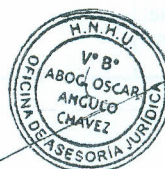
EJE 1: GESTIÓN DE PROCESOS PARA LA CERTIFICACIÓN /ACREDITACIÓN

OBJETIVOS	ACTIVIDADES	PERIODICIDAD DE REPORTE	I T			II T			III T			IV T			GRADO DE CUMPLIMIENTO (%)	OBSERVACIONES
			E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D		
1.1. Fortalecer competencias en el Proceso de Evaluación Integral de la Calidad para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo	ACT.1: Actualizar mediante Resolución Directoral al Equipo de Autoevaluadores Internos del HNHU.	ANUAL	x													
	ACT.2: Informe de capacitación referente a la Norma Técnica de Salud: Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo al Equipo de Autoevaluadores Internos.	ANUAL								x						
1.2. Desarrollar el Proceso de Acreditación / Certificación Institucional	ACT.3: Elaboración y aprobación con Resolución Directoral del Plan de Autoevaluación según normatividad vigente.	ANUAL	x													
	ACT.4: Informe de Ejecución del Plan de Autoevaluación.	ANUAL								x						
	ACT.5: Informe de Seguimiento al Plan de Mejora en base al Informe Técnico de la Autoevaluación realizada.	ANUAL											x			

[Firma]
 TAP. HAYDEE HILDA CAPACYACHI TAQUIA
 FEDATARIA
 Hospital Nacional Hipólito Unanue
 Ministerio de Salud

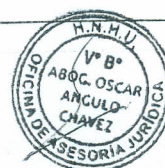
19 MAR 2019

El presente documento es
 COPIA FIEL DEL ORIGINAL
 que he tenido a la vista



EJE 2: CULTURA DE LA CALIDAD Y MEJORA CONTINUA

OBJETIVOS ESTRATEGICOS	ACTIVIDADES	PERIODICIDAD DE REPORTE	I T			II T			III T			IV T			GRADO DE CUMPLIMIENTO (%)	OBSERVACIONES
			E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D		
2.1.Fortalecer competencias en Mejora Continua de la Calidad (Proyectos de MCC)	ACT.6: Reconocimiento mediante Resolución Directoral de los Equipos de Proyectos de Mejora Continua del HNHU.	ANUAL						X								
	ACT.7: Informe de capacitación en Gestión de Proyectos de Mejora Continua a los diferentes Equipos de Proyectos de Mejora Continua.	ANUAL								X						
2.2.Promover una Cultura para la Mejora Continua de la Calidad	ACT.8: Informe de avance de los Proyectos de Mejora Continua.	SEMESTRAL						X						X		
	ACT.9: Medición de la satisfacción del usuario externo, metodología Servqual											X				
	ACT. 10: Plan de acciones de mejora de acuerdo a los resultados de la encuesta de satisfacción de usuario externo.											X				
2.3.Optimizar y Mejorar Procesos Críticos (Desarrollo de Proyectos de MCC)	ACT.11: Informe de implementación de mejoras para la reducción de tiempos de espera en la consulta externa, Y de la satisfacción del usuario externo después de sus	ANUAL												X		





PERU

Ministerio de
SaludHospital Nacional Hipólito
Unanue

Oficina de Gestión de la Calidad

"Año de la Lucha de la Corrupción e Impunidad"

EJE 3: GESTIÓN DEL RIESGO Y LAS BUENAS PRÁCTICAS EN SEGURIDAD DEL PACIENTE

OBJETIVOS ESTRATEGICOS	ACTIVIDADES	PERIODICIDAD DE REPORTE	I T			I I T			I I I T			I V T			GRADO DE CUMPLIMIENTO (%)	OBSERVACIONES
			E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D		
3.1..Fortalecer competencias en Buenas Prácticas de Atención y Gestión del Riesgo	ACT.12: Elaboración y aprobación con Resolución Directoral del Plan de Seguridad del Paciente 2019	ANUAL		x												
	ACT.13:Reconformación y aprobación mediante Resolución Directoral del Comité de Auditoría del HNHU			x												
	ACT. 14: Elaboración y aprobación mediante Resolución Directoral del Plan de Auditoría	ANUAL		x												
	ACT.15: Informe de Capacitación dirigido a las jefaturas asistenciales en relación al "Al Proceso de la Auditoria "y Medicina basada en evidencias para la elaboración del Guías de práctica clínica "							x								
3.2. Fortalecer el Sistema de Registro-Notificación - Análisis y Mejora del Incidente y Evento Adverso	ACT.16: Informe de Capacitación dirigido los integrantes del Comité de Seguridad del Paciente, a las jefaturas asistenciales en "Gestión de Riesgo" notificaciones de eventos adversos , análisis de evento centinela	ANUAL						x								
3.3. Promover una Cultura basada en el aprendizaje del error - Cultura de Seguridad	ACT. 17: Reporte de Listado de Guías de Práctica Clínica aprobadas con Resolución Directoral de los diferentes servicios asistenciales del HNHU.															
	ACT.18 Reporte del Listado de Fichas de Verificación de las Guías de Práctica Clínica aprobadas con Resolución Directoral de los diferentes servicios asistenciales del HNHU.	ANUAL											x			
	ACT 19: Informe de Adherencia de Guías de Práctica aprobadas con Resolución Directoral en las Historias Clínicas.	SEMESTRAL						x					x			

[Firma]
TAP. HAYDEE HILDA CAPACYACHI TAQUIA
FEBATARIA
Hospital Nacional Hipólito Unanue
Ministerio de Salud

19 MAR 2019

El presente documento es
COPIA FIEL DEL ORIGINAL
que he tenido a la vista

