



TAP. YNES CECILIA CASTILLO SALVA
FEDATARIA
Hospital Nacional Hipólito Unanue
Ministerio de Salud

19 FEB 2020

Resolución Directoral

que he tenido a la vista

Lima, 14 de Febrero de 2020

Visto el Expediente N° 20-001115-001, conteniendo la Nota Informativa N° 013-2020-OGC/HNHU de la Oficina de Gestión de la Calidad solicitando la aprobación del proyecto de Plan Anual de Gestión de la Calidad de la Atención en Salud del Hospital Nacional Hipólito Unanue 2020;

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° 013-2020-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 2020;

Que, mediante Memorando N° 034-2020-OPE/HNHU la Directora Ejecutiva de la Oficina de Planeamiento Estratégico informa que mediante Nota Informativa N° 006-2020-UPL/OPE/HNHU, la Unidad de Planeamiento indica que el referido proyecto de Plan cumple con la estructura mínima para la elaboración de documentos técnicos y que el presente Plan forma parte de la actividad operativa: Gestión de las atenciones basado en procesos, programado en el POI 2020, vinculado a la actividad Presupuestal 5000003-Gestión Administrativa;

Que, el proyecto de Plan Anual de Gestión de la Calidad de la Atención en Salud del Hospital Nacional Hipólito Unanue 2020 propuesto, tiene como objetivo general planificar la ejecución de las diferentes actividades enmarcadas bajo los tres ejes de trabajo 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° 035-2020-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:

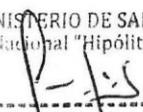
Artículo 1.- Aprobar el "Plan Anual de Gestión de la Calidad de la Atención en Salud del Hospital Nacional Hipólito Unanue 2020", el mismo que forma parte de la presente Resolución y por las razones expuestas en la parte considerativa.

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 2020, 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/Mariene 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



"Hospital Nacional "Hipólito Unanue"



Plan Anual de Gestión de la Calidad de la Atención en Salud del Hospital Nacional Hipólito Unanue 2020



[Signature]
TAF. YNES CECILIA CASTILLO SALVA
FEDATARIA
Hospital Nacional Hipólito Unanue
Ministerio de Salud

19 FEB 2020

OGC

Oficina de Gestión de la Calidad

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

EQUIPO DE GESTIÓN DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE

M.C. LUIS WILFREDO MIRANDA MOLINA
Director General

M.C. YUDY MILUSKA ROLDAN CONCHA
Directora Adjunta

LIC. ISABEL JULIA LEON MARTEL
Directora Ejecutiva de la Oficina de Planeamiento Estratégico

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

EQUIPO DE LA OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

M.C. SILVIA VARGAS CHUGO
Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad

M.C. SUSANA FRANCIA QUISPE
M.C. SANDRA CARRASCO ARTETA
Unidad de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud

M.C. KATTERIN GUZMAN MANCILLA
Unidad de Seguridad del Paciente

BACH. CHRIS MENDOZA MOLINA
Unidad de Mejora Continua

TEC. ROXANA MORENO SANCHEZ
Asistente Administrativo





ÍNDICE

- I. Introducción.....4
- II. Finalidad.....5
- III. Objetivo.....5
 - 3.1. Objetivo general.....5
- IV. Base Legal.....5-6
- V. Ámbito de aplicación.....6
- VI. Contenido.....6
 - 6.1. Aspectos técnicos conceptuales.....6-9
 - 6.2. Actividades.....9-13
- VII. Responsabilidades14
- VIII. Presupuesto.....14
- IX. Anexos.....17

Anexo N° 01: Matriz de programación y seguimiento.....18-21

[Signature]
 TAP. YNES CECILIA CASTILLO SALVA
 FEDATARIA
 Hospital Nacional Hipólito Unanue
 Ministerio de Salud

19 FEB 2020

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 y cumple 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 es un requisito fundamental, orientado a otorgar seguridad a los usuarios, satisfaciendo sus expectativas y minimizando los riesgos en la prestación de servicios. Ello conllevó a la necesidad de implementar un sistema de gestión de la calidad en nuestra institución, la misma, que está enmarcada bajo los siguientes ejes:

Eje 1: Gestión de Procesos para la Autoevaluación/Acreditación

Eje 2: Gestión del Riesgo y las Buenas Prácticas en Seguridad del Paciente

Eje 3: Procesos de Mejora Continua e Información para la Gestión de la Calidad

Y para el cumplimiento de las actividades que contribuyan a tal fin, 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; auditorías de caso, evaluación 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 Seguridad del Paciente, donde se desarrollan rondas de seguridad del paciente, análisis de eventos adversos, verificación del cumplimiento de las listas de chequeo de cirugía segura, auditoría de registro de lista de verificación de cirugía segura.

Unidad de Mejora Continua de la Calidad; donde se desarrollan procesos de mejora continua a través de acciones o proyectos, aplicación de encuestas de





satisfacción del usuario externo, medición de tiempo de espera en consulta externa y el proceso de autoevaluación para la acreditación hospitalaria.

II. FINALIDAD

Contribuir al fortalecimiento del 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

3.1. Objetivo General

Planificar la ejecución de las diferentes actividades enmarcados bajo los tres ejes de trabajo que garanticen la calidad de la atención de nuestros usuarios (internos y externos).



IV. BASE LEGAL

- Ley N° 26842, "Ley General de Salud" y sus modificatorias.
- Ley N° 27658, "Ley Marco de Modernización de la Gestión del Estado".
- Ley N° 27806, "Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública".
- Ley N° 27815, "Ley del Código de Ética de la Función Pública".
- Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- Decreto Supremo N° 013-2006-SA, que aprueba el "Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".
- Resolución Ministerial N° 519 – 2005/MINSA que aprueba el Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad de la Atención en Salud".
- Resolución Ministerial N° 596-2007/MINSA que aprueba el Plan Nacional de Gestión de la Calidad en Salud.
- Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA que aprueba el Documento Técnico "Política Nacional de Calidad en Salud".
- Resolución Ministerial N° 676-2006-MINSA que aprueba el "Plan Nacional para la Seguridad del Paciente 2006-2008".
- Resolución Ministerial N° 1021-2010/MINSA, que aprueba la Guía Técnica de Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.


TAP. YNES CECILIA CASTILLO SALVA
FEDATARIA
Hospital Nacional Hipólito Unanue
Ministerio de Salud

19 FEB 2020

Este documento es
COPIA FIEL DEL ORIGINAL
Público a la vista



- 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.
- Resolución Ministerial N° 095- 2012/MINSA que aprueba la Guía Técnica para la elaboración de Proyectos de Mejora y la Aplicación de Técnicas y Herramientas para la Gestión de la Calidad.
- Resolución Ministerial N° 099-2012/MINSA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional Hipólito Unanue.
- 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.
- 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 214-2018/MINSA, que aprueba la NTS N° 139-MINSA/2018/DGAIN: "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica".

V. ÁMBITO DE APLICACIÓN

El presente Plan es de aplicación para la Oficina de Gestión de la Calidad 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:

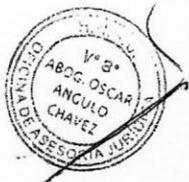
Es un daño, una lesión o un resultado inesperado e indeseado en la salud del paciente, directamente asociado con la atención de salud.

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. YNES CECILIA CASTILLO SALVA
FEDATARIA
Hospital Nacional Hipólito Unánue

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

Guía de Práctica Clínica:

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.

Riesgo:

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

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.

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.

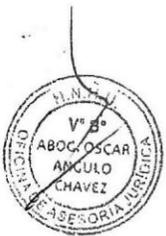
Herramientas de Calidad:

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

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.



**Satisfacción del Usuario:**

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

Tiempo de espera:

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

6.2. Actividades**EJE N° 1: GESTIÓN DE PROCESOS PARA LA AUTOEVALUACIÓN/ACREDITACIÓN****Objetivo Específico 1.1. Planificar el proceso de Autoevaluación para la Acreditación Hospitalaria**

ACT. 1: Elaboración y aprobación del Plan de Autoevaluación.

ACT. 2: Conformación de evaluadores internos y equipo de acreditación para la autoevaluación.

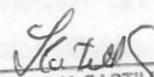
Objetivo Específico 1.2. Desarrollar el Proceso de Autoevaluación para la Acreditación Hospitalaria

ACT. 3: Capacitación a evaluadores y acreditadores en norma técnica de Acreditación.

ACT. 4: Ejecución del proceso de Autoevaluación y análisis de resultados.

ACT. 5: Seguimiento de recomendaciones en base a los resultados del proceso de Autoevaluación realizada.




TAP. YNES CECILIA CASTILLO SALVA
FEDATARIA
Hospital Nacional Hipólito Unzué
Ministerio de Salud

19 FEB 2020

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

EJE N° 2: GESTIÓN DEL RIESGO Y LAS BUENAS PRÁCTICAS EN SEGURIDAD DEL PACIENTE

Objetivo Específico 2.1. Fortalecer competencias en Buenas Prácticas de Atención y Gestión del Riesgo

ACT. 6: Elaboración y aprobación con Resolución Directoral del Plan de Seguridad del Paciente 2020.

ACT. 7: Capacitación dirigida al personal asistencial sobre auditoría de la calidad de la atención.

ACT. 8: Elaboración y aprobación del Plan de Auditoría.

ACT. 9: Conformación del comité de auditoría médica y comité de auditoría en salud formalmente designado.

Objetivo Específico 2.2. Fortalecer el Sistema de Registro- Notificación - Análisis y Mejora del Incidente y Evento Adverso

ACT. 10: Curso Taller: Metodología para la elaboración de Guías de Práctica Clínica y Guía de Procedimientos Asistenciales basadas en evidencia para la medición de la adherencia.

ACT. 11: Capacitación dirigida a los integrantes del Comité de Seguridad del Paciente y a las jefaturas asistenciales en Gestión de Riesgo, Notificación de Eventos Adversos y Análisis de Eventos Centinela.

Objetivo Específico 2.3. Promover una cultura basada en el aprendizaje del Error - Cultura de Seguridad

ACT. 12: Reporte de Listado de Guías de Práctica Clínica aprobadas con Resolución Directoral de los diferentes servicios asistenciales del HNHU.





Objetivo Específico 2.4. Promover Buenas Prácticas de Atención por la Seguridad del Paciente (Objetivos Internacionales en Seguridad del Paciente)

ACT. 13: Medición de la Adherencia de Guías de Práctica Clínica y Guías de Procedimientos Asistenciales aprobadas con Resolución Directoral en Hospitalización y Emergencia, con énfasis en cualquiera de las morbilidades planteadas: TB Sensible, Control Prenatal, Hipertensión Arterial y Depresión.

ACT. 14: Seguimiento del cumplimiento de las recomendaciones post medición de la adherencia de Guías de Práctica Clínica y Guías de Procedimientos Asistenciales.

ACT. 15: Consolidado de registro, notificación y análisis de Eventos Adversos.

ACT. 16: Aplicación de la encuesta para evaluar la implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía (LVSC).

Objetivo Específico 2.5. Implementar el Proceso de Aprendizaje del Error (Rondas de Seguridad; Identificación-Registro-Notificación-Análisis y Mejora del Incidente y Evento Adverso)

ACT. 17: Informe de la encuesta aplicada de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía (LVSC).

ACT. 18: Informe de la evaluación de la correcta aplicación en las cirugías programadas de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía (LVSC).

ACT. 19: Informe de monitoreo de la implementación y adherencia del proceso de higiene del lavado de manos.

ACT. 20: Cumplimiento de Buenas Prácticas de la Atención en Salud en el HNHU: resultado de las Rondas de Seguridad ejecutadas.

ACT. 21: Cumplimiento de acciones de mejora post Rondas de Seguridad del Paciente ejecutadas.




TAP. YNES CECILIA CASTILLO SALVA
FEDATARIA
Hospital Nacional Hipólito Unanue
Ministerio de Salud
19 FEB 2020

El presente documento es
una copia del ORIGINAL
que he tenido a la vista

ACT. 22: Análisis de resultados y emisión de recomendaciones de las auditorías de registro de la calidad de la Historia Clínica en Emergencia, Consulta Externa y Hospitalización.

ACT. 23: Seguimiento del cumplimiento de las recomendaciones de la evaluación de las auditorías de registro de la calidad.

ACT. 24: Realizar auditoria de caso a solicitud.

ACT. 25: Realizar de auditorías de casos de muerte materna y perinatal.

ACT. 26: Realizar auditoria de calidad de atención (programada).

ACT. 27: Seguimiento del cumplimiento de las recomendaciones basado en las auditorias de caso.

ACT. 28: Seguimiento del cumplimiento de las recomendaciones basado en las auditorias de muerte materna y perinatal.

ACT. 29: Seguimiento del cumplimiento de las recomendaciones basadas en auditoria de calidad de atención (programada).

Objetivo Específico 2.6. Fortalecer el Proceso de Análisis de los Eventos Centinela (Intervención Contingencial)

ACT. 30: Análisis de Eventos Centinela que se presenten de acuerdo al Protocolo de Londres.

EJE N° 3: : PROCESOS DE MEJORA CONTINUA E INFORMACIÓN PARA LA GESTIÓN DE LA CALIDAD

Objetivo Específico 3.1: Fortalecer competencias en Mejora Continua de la Calidad

ACT. 31: Capacitación en Proyectos de Mejora Continua de la Calidad dirigido al personal del HNHU.



ACT. 32: Conformación del Equipo de Mejora Continua del HNHU.

Objetivo Específico 3.2: Información para la promoción de la Cultura de Mejora Continua de la Calidad

ACT. 33: Elaboración y aprobación del Plan de Evaluación de la Satisfacción del Usuario Externo.

ACT. 34: Análisis de resultados y emisión de recomendaciones post medición de la satisfacción de los usuarios externos en consulta externa, hospitalización y emergencia.

ACT. 35: Seguimiento de recomendaciones post medición de la satisfacción de los usuarios externos en consulta externa, hospitalización y emergencia.

ACT. 36: Elaboración y aprobación del Plan de Evaluación de Tiempo de Espera.

ACT. 37: Análisis de resultados y emisión de recomendaciones post medición de de Tiempo de Espera

ACT. 38: Seguimiento de recomendaciones post medición de Tiempos de Espera.

ACT. 39: Monitoreo del informe de medios de escucha : buzón de sugerencias de las IPRESS de la jurisdicción de Lima Este.

ACT. 40: Monitoreo del informe de libro de Reclamaciones, que incluye un consolidado del número de reclamos y quejas del establecimiento de Salud.

Objetivo Específico 3.3: Optimizar y Mejorar Procesos Críticos (Desarrollo de Acciones o PMCC)

ACT. 41: Implementación de acciones y/o Proyectos en relación a las líneas de acción del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud.


TAP YNES CECILIA CASTILLO SALVA
Hospital Nacional Hipólito Unzué
Ministerio de Salud

19 FEB 2020

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

VII. RESPONSABILIDADES

La Oficina de Gestión de la Calidad ejecutará y supervisará las actividades programadas según los criterios de programación para el 2020 del Ministerio de Salud (MINSa) y DIRIS Lima Este.

VIII. PRESUPUESTO

Para el cumplimiento de los tres ejes de trabajo a desarrollar en el presente año, se ha realizado el siguiente presupuesto:

Presupuesto Total

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





PERU

Ministerio
de SaludHospital Nacional
Hipólito UnzuéOficina de Gestión de la
Calidad

EJE 1: GESTIÓN DE PROCESOS PARA LA AUTOEVALUACIÓN/ACREDITACIÓN

Producto	Actividad	Tareas	Unidad de Medida	Meta Física Anual	CADENA PROGRAMÁTICA PRESUPUESTAL				PRESUPUESTO PLAN					
					Categoría 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 Unzué	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
Certificados	unidad	30	S/. 2.00	S/. 60.00										
TOTAL													S/. 2,904.00	

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

19 FEB 2020

TAP. VNES CECILIA CRISTILLO SALVA
FEDATARIA
Hospital Nacional Hipólito Unzué
Ministerio de Salud



EJE 2: GESTIÓN DEL RIESGO Y LAS BUENAS PRÁCTICAS EN SEGURIDAD DEL PACIENTE



PRODUCTO	ACTIVIDAD	TAREAS	Unidad de Medida	Meta Física Anual	CADENA PROGRAMÁTICA PRESUPUESTAL				PRESUPUESTO PLAN					
					Categoría 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.	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	0000009. 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
										Limpiatipos	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	Refrigerio	unidad	120	S/. 7.00	S/. 840.00	
												TOTAL	S/. 5,840.00	



EJE 3: PROCESOS DE MEJORA CONTINUA E INFORMACIÓN PARA LA GESTIÓN DE LA CALIDAD

PRODUCTO	ACTIVIDAD	TAREAS	Unidad de Medida	Meta Física Anual	CADENA PROGRAMÁTICA PRESUPUESTAL				PRESUPUESTO PLAN					
					Categoría 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.	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
									Certificados	unidad	25	S/. 2.00	S/. 50.00	
											TOTAL	S/. 1,848.00		



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

19 FEB 2020

TAR. VNES
FEDATARIA
Hospital Nacional Hipólito Unanue
Ministerio de Salud



IX. ANEXO

ANEXO N° 01: Matriz de programación y seguimiento

EJE 1: GESTIÓN DE PROCESOS PARA LA AUTOEVALUACIÓN/ACREDITACIÓN

Objetivos estratégicos	Actividades	Unidad de Medida	Periodicidad del Reporte	I T			II T			III T			IV T			
				E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	
1.1. Planificar el proceso de Autoevaluación para la Acreditación Hospitalaria.	ACT. 1: Elaboración y aprobación del Plan de Autoevaluación.	Resolución Directoral	Anual		x											
	ACT. 2: Conformación de evaluadores internos y equipo de acreditación para la autoevaluación.	Resolución Directoral	Anual									x				
1.2. Desarrollar el Proceso de Autoevaluación para la Acreditación Hospitalaria.	ACT. 3: Capacitación a evaluadores y acreditadores en norma técnica de Acreditación.	Informe	Anual								x					
	ACT. 4: Ejecución del proceso de Autoevaluación y análisis de resultados.	Informe	Anual									x				
	ACT. 5: Seguimiento de recomendaciones en base a los resultados del proceso de Autoevaluación realizada.	Informe	Anual													x





EJE 2: GESTIÓN DEL RIESGO Y LAS BUENAS PRÁCTICAS EN SEGURIDAD DEL PACIENTE

Objetivos estratégicos	Actividades	Unidad de Medida	Periodicidad del Reporte	I T			II T			III T			IV T			
				E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	
2.1. Fortalecer competencias en Buenas Prácticas de Atención y Gestión del Riesgo	ACT. 6: Elaboración y aprobación con Resolución Directoral del Plan de Seguridad del Paciente 2020	Resolución Directoral	Anual		x											
	ACT. 7: Capacitación dirigida al personal asistencial sobre auditoría de la calidad de la atención	Informe	Anual			x										
	ACT. 8: Elaboración y aprobación del Plan de Auditoría	Resolución Directoral	Anual		x											
	ACT. 9: Conformación del comité de auditoría médica y comité de auditoría en salud formalmente designado	Resolución Directoral	Anual		x											
2.2. Fortalecer el Sistema de Registro-Notificación - Análisis y Mejora del Incidente y Evento Adverso	ACT. 10: Curso Taller: Metodología para la elaboración de Guías de Práctica Clínica y Guía de Procedimientos Asistenciales basadas en evidencia para la medición de la adherencia	Informe	Anual					x								
	ACT. 11: Capacitación dirigida a los integrantes del Comité de Seguridad del Paciente y a las jefaturas asistenciales en Gestión de Riesgo, Notificación de Eventos Adversos y Análisis de Eventos Centinela.	Informe	Anual					x								
2.3. Promover una Cultura basada en el aprendizaje del error Cultura de Seguridad	ACT. 12: Reporte de Listado de Guías de Práctica Clínica aprobadas con Resolución Directoral de los diferentes servicios asistenciales del HNHU.	Informe	Anual													x
2.4. Promover Buenas Prácticas de Atención por la Seguridad del Paciente (Objetivos Internacionales en Seguridad del Paciente)	ACT. 13: Medición de la Adherencia de Guías de Práctica Clínica y Guías de Procedimientos Asistenciales aprobadas con Resolución Directoral en Hospitalización y Emergencia, con énfasis en cualquiera de las morbilidades planteadas: TB Sensible, Control Prenatal, Hipertensión Arterial y Depresión.	Informe	Trimestral			x			x			x				x
	ACT. 14: Seguimiento del cumplimiento de las recomendaciones post medición de la adherencia de Guías de Práctica Clínica y Guías de Procedimientos Asistenciales.	Informe	Trimestral				x			x			x			x
	ACT. 15: Consolidado de registro, notificación y análisis de Eventos Adversos.	Informe	Trimestral			x			x			x				x
	ACT. 16: Aplicación de la encuesta para evaluar la implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía (LVSC).	Informe	Semestral						x							



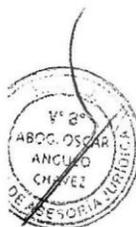
Handwritten signature

TAP. YNES CECILIA GASTILLO SALVA
 SECRETARIA
 Hospital Nacional Hipólito Unánue
 Ministerio de Salud

19 FEB 2020

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

Objetivos estratégicos	Actividades	Unidad de Medida	Periodicidad del Reporte	I T			II T			III T			IV T			
				E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	
2.5. Implementar el Proceso de Aprendizaje del Error (Rondas de Seguridad; Identificación-Registro-Notificación-Análisis y Mejora del Incidente y Evento Adverso)	ACT. 17: Informe de la Encuesta aplicada de la implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía (LVSC).	Informe	Semestral						X							X
	ACT. 18: Informe de la evaluación de la correcta aplicación en las cirugías programadas de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía (LVSC).	Informe	Trimestral			X			X			X				X
	ACT. 19: Informe de monitoreo de la implementación y adherencia del proceso de higiene del lavado de manos.	Informe	Trimestral			X			X			X				X
	ACT. 20: Cumplimiento de Buenas Prácticas de la Atención en Salud en el HNHU: resultado de las Rondas de Seguridad ejecutadas.	Informe	Trimestral			X			X			X				X
	ACT. 21: Cumplimiento de acciones de mejora post Rondas de seguridad del Paciente ejecutadas.	Informe	Trimestral			X			X			X				X
	ACT. 22: Análisis de resultados y emisión de recomendaciones de las auditorías de registro de la calidad de la Historia Clínica en Emergencia, Consulta Externa y Hospitalización.	Informe	Trimestral			X			X			X				X
	ACT. 23: Seguimiento del cumplimiento de las recomendaciones de la evaluación de las auditorías de registro de la calidad.	Informe	Trimestral				X			X			X			
	ACT. 24: Realizar auditoría de caso a solicitud	Informe	Trimestral			X			X			X				X
	ACT. 25: Realizar de auditorías de casos de muerte materna y perinatal	Informe	Trimestral			X			X			X				X
	ACT. 26: Realizar auditoría de calidad de atención (programada)	Informe	Trimestral			X			X			X				X
	ACT. 27: Seguimiento del cumplimiento de las recomendaciones basado en las auditorías de caso	Informe	Trimestral			X			X			X				X
	ACT. 28: Seguimiento del cumplimiento de las recomendaciones basado en las auditorías de muerte materna y perinatal.	Informe	Trimestral			X			X			X				X
ACT. 29: Seguimiento del cumplimiento de las recomendaciones basadas en auditoría de calidad de atención (programada)	Informe	Trimestral			X			X			X				X	
2.6. Fortalecer el Proceso de Análisis de los Eventos Centinela (Intervención Contingencial)	ACT. 30: Análisis de Eventos Centinela que se presenten de acuerdo al Protocolo de Londres.	Informe	Semestral						X							X





PERU

Ministerio de Salud

Hospital Nacional Hipólito Unzué

Oficina de Gestión de la Calidad

EJE 3: PROCESOS DE MEJORA CONTINUA E INFORMACIÓN PARA LA GESTIÓN DE LA CALIDAD

Objetivos estratégicos	Actividades	Unidad de Medida	Periodicidad del Reporte	I T			II T			III T			IV T		
				E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
3.1. Fortalecer competencias en Mejora Continua de la Calidad	ACT. 31: Capacitación en Proyectos de Mejora Continua de la Calidad dirigido al personal del HHU.	Informe	Anual			x									
	ACT. 32: Conformación del Equipo de Mejora Continua del HHU.	Resolución Directoral	Anual							x					
3.2. Información para la promoción de la Cultura de Mejora Continua de la Calidad	ACT. 33: Elaboración y aprobación del Plan de Evaluación de la Satisfacción del Usuario Externo.	Resolución Directoral	Anual		x										
	ACT. 34: Análisis de resultados y emisión de recomendaciones post medición de la satisfacción de los usuarios externos en consulta externa, hospitalización y emergencia.	Informe	Anual											x	
	ACT. 35: Seguimiento de recomendaciones post medición de la satisfacción de los usuarios externos en consulta externa, hospitalización y emergencia.	Informe	Anual												x
	ACT. 36: Elaboración y aprobación del Plan de Evaluación de Tiempo de Espera	Resolución Directoral	Anual		x										
	ACT. 37: Análisis de resultados y emisión de recomendaciones post medición de Tiempo de Espera	Informe	Semestral							x					
	ACT. 38: Seguimiento de recomendaciones post medición de Tiempo de Espera	Informe	Semestral								x				
	ACT. 39: Monitoreo del informe de medios de escucha : buzón de sugerencias de las IPRESS de la jurisdicción de Lima Este.	Informe	Trimestral			x			x			x			x
	ACT. 40: Monitoreo del informe de libro de Reclamaciones, que incluye un consolidado del número de reclamos y quejas del establecimiento de Salud.	Informe	Trimestral			x			x			x			x
3.3. Optimizar y Mejorar Procesos Críticos (Desarrollo de Acciones o PMCC)	ACT. 41: Implementación de acciones y/o Proyectos en relación a las líneas de acción del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud	Informe	Semestral												



TAP. YNES CECILIA CASTILLO SALVA
 FEDATARIA
 Hospital Nacional Hipólito Unzué
 x Ministerio de Salud x
 19 FEB 2020

El presente documento es
 COPIA FIEL DEL ORIGINAL
 que he tenido a la vista
 21