



Resolución Directoral

N° 139 -2023-GR.CAJ-DRS-HGJ/DE

Jaén, 28 de marzo del 2023

VISTO:

El informe N° 046-2023-GR.CAJ-HGJ/UGC, el Informe N° 002-2023-GR.CAJ-HGJ/UGC/ECB; relacionado con la Aprobación del "Plan Anual de Mejora Continua de la Calidad 2023 del Hospital General de Jaén"; y,

CONSIDERANDO:

Que, la Ley N° 26842 - Ley General de Salud, en los artículos I, II y VI del Título Preliminar, disponen que la salud es condición indispensable para el desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo; la protección de la salud es de interés público. Por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla; así mismo, establece que es de interés público la provisión de servicios de salud, cualquiera sea la persona o institución que los provea; y, 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, una de las Políticas Nacionales de Calidad en Salud, indica que, las organizaciones proveedoras de atención de salud establecen y dirigen las estrategias de implementación de la política nacional de calidad, mediante sistemas y procesos organizacionales orientados al desarrollo de una cultura centrada en las personas, y que hace **de la mejora continua** su tarea central (Política Nacional de Calidad en Salud, aprobado con RM N° 727-2009/MINSA);

Que, mediante Resolución Ministerial N° 1143-2019/MINSA, se aprueba la Directiva Administrativa N° 280-MINSA/2019/OGPPM, "Directiva Administrativa para la Formulación, Seguimiento y Evaluación de los Planes Específicos de los Órganos, Unidades Orgánicas de la Administración Central, los Órganos Desconcentrados, Programa y Organismos Públicos Adscritos al MINSA", teniendo como Objetivo General: Establecer los lineamientos metodológicos, pautas y procedimientos para el proceso de formulación, seguimiento y evaluación de los Planes Específicos de los órganos de la administración central del MINSA.

Que, mediante la Resolución Ministerial N° 826-2021/MINSA, de fecha 05 de julio del 2021, se aprobó la Norma para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud, la cual tiene como objetivo establecer disposiciones relacionadas con las etapas de planificación, formulación o actualización, aprobación, difusión, implementación y evaluación de los documentos Normativos, que expide el Ministerio de Salud, en el marco de sus funciones rectoras; así como, establecer la aplicación de etapas estandarizadas, transparentes y explícitas para la emisión de documentos normativos del Ministerio de Salud;

Que, dentro de la estructura orgánica del Hospital General de Jaén, aprobado por el Reglamento de Organización y Funciones, aparece que la oficina de Gestión de la Calidad, es la Unidad Orgánica encargada de implementar el sistema de Gestión de la Calidad en el





Resolución Directoral

N° 139 -2023-GR.CAJ-DRS-HGJ/DE

Jaén, 28 de marzo del 2023

Hospital para promover la mejora continua de la atención asistencial y administrativa del paciente, con la participación activa del personal; siendo uno de sus objetivos funcionales: "generar en el trabajador una cultura de buen trato al usuario en salud que incluya un saludo amable, la presentación personal, proponer la inclusión de actividades e indicadores de calidad de los planes institucionales";

Que, el Plan Anual de Mejora Continua de la Calidad 2023 del Hospital General de Jaén, propuesto tiene como objetivo general, fomentar mecanismos para la elaboración de proyectos de mejora continua a través de herramientas y técnicas de la calidad en el Hospital General de Jaén;

Por las consideraciones expuestas, contando con el visto correspondiente y la aprobación de la Dirección del Hospital General de Jaén, facultado mediante Resolución Ejecutiva Regional N° D000057-2019-GRC-GR;

SE RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO. – **APROBAR** el "Plan Anual de Mejora Continua de la Calidad 2023 del Hospital General de Jaén", el mismo que consta de trece (13) folios, y forma parte integrante de la presente resolución.

ARTÍCULO SEGUNDO. – **ENCARGAR** a la jefatura de la Unidad de Gestión de la Calidad, la difusión e implementación del documento, aprobado en el artículo precedente.

ARTÍCULO TERCERO. - **DISPONER** que el responsable de la administración y actualización del Portal de Transparencia para que publique la presente Resolución en el portal web Institucional del Hospital General de Jaén, www.hospitaljaen.gob.pe.

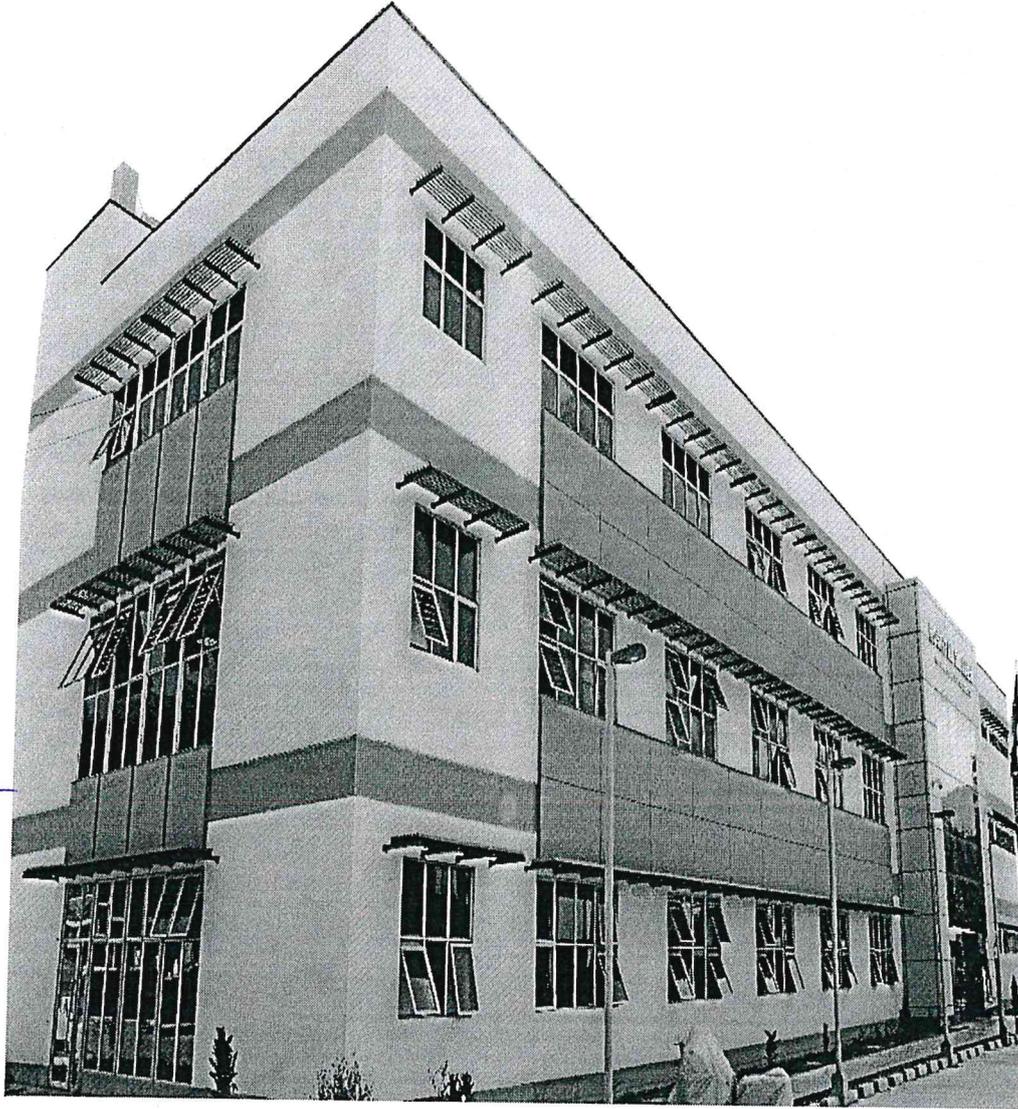
REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y ARCHÍVESE.





HOSPITAL GENERAL DE JAÉN

PLAN ANUAL DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD



JAÉN-2023





Directora Ejecutiva

Dra. BOLÍVAR JOO, Diana Mercedes

Jefe de la Unidad de Gestión de la Calidad

MC.VERONA BALCÁZAR, Segundo Mauricio

Equipo de la Unidad de Gestión de la Calidad

Ing. CORDOVA BRIONES, Ennid
Lic. SANGAY HERNÁNDEZ, Rut Noemí
Tec. Adm. DELGADO DIAZ, Greice Samira

Equipo de Mejora Continua

Dra. BOLÍVAR JOO, Diana Mercedes
MC. VERONA BALCÁZAR, Segundo Mauricio
Ing. CORDOVA BRIONES, Ennid
Ing. MORENO PEREZ, Sandy Celina
Lic. GARCÍA SOLÍS, Nuri Yanina
Lic. HERNÁNDEZ DOMADOR, Hoolly Inés
Lic. JUAREZ AVALOS, Jesús.
CPC.LOPEZ NEIRA, Narumi Nadie
Lic. OBLITAS DIAZ, José Euler
Lic. CHÁVEZ JUÁREZ, Jessica María
Lic. MARTÍ RODRIGUEZ, Roberto
Lic. OTINIANO MOYA, John Eduard
Lic. SANGAY HERNANDEZ, Rut Noemí
Lic. SONO ACOSTA, Custodia



INDICE

I. INTRODUCCIÓN.....	4
II. FINALIDAD	5
III. OBJETIVOS.....	5
3.1. Objetivo General	5
3.2. Objetivo Específico.....	5
IV. AMBITO DE APLICACIÓN.....	5
V. BASE LEGAL.....	5
VI. CONTENIDO	6
6.1. ASPECTOS TÉCNICOS CONCEPTUALES	6
6.2. ANALISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL DEL ASPECTO SANITARIO	7
6.2.1. Antecedentes.....	7
6.2.2. Problema (Magnitud y Caracterización).....	8
6.2.4. Población O Entidad Objetivo	8
6.2.5. Alternativas de Solución	8
6.3. ARTICULACIÓN ESTRATÉGICA Y OPERATIVA	8
6.3.1. ARTICULACIÓN ESTRATÉGICA CON LOS OBJETIVOS Y ACCIONES DEL PEI	8
6.3.2. ARTICULACIÓN OPERATIVA CON LAS ACTIVIDADES OPERATIVAS DEL POI.....	9
6.4. ACTIVIDADES POR OBJETIVO.....	9
6.4.1. Descripción Operativa: Unidad de Medida, metas y responsables.....	9
6.4.2. Costeo de Actividades por Tareas.....	12
6.4.3. Cronograma de Actividades	13
6.4.4. Responsable para el Desarrollo de cada objetivo.....	15
6.5. PRESUPUESTO.....	15
6.6. FINANCIAMIENTO.....	15
6.7. ACCIONES DE SUPERVISIÓN, MONITOREO Y EVALUACIÓN DEL PLAN	15
VII. RESPONSABILIDADES	15
7.1. Nivel Nacional.....	15
7.2. Nivel Regional	15
7.3. Nivel Local	15
VIII. ANEXOS.....	16
Anexo N.º 01: Formato 1: "MATRIZ DE PROGRAMACIÓN DE METAS FÍSICAS Y PRESUPUESTALES"	17
Anexo N.º 02: Formato 2: "MATRIZ DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE METAS FISICAS Y PRESUPUESTALES"	18
Anexo N.º 03: Formato 3. MATRIZ DE INDICADORES DE PLAN ESPECIFICO.	19
IX. BIBLIOGRAFIA.....	20



I. INTRODUCCIÓN

El Hospital General de Jaén, tiene un nivel de complejidad II,1 que brinda servicios de salud en forma integral y de calidad, con recursos humanos competentes buscando satisfacer las necesidades de los usuarios, para mejorar niveles de salud en la población.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) menciona que la calidad es un elemento clave de la cobertura sanitaria universal. La meta 3.8 de los ODS insta a los países a lograr la cobertura sanitaria universal, incluida la protección contra los riesgos financieros, y el acceso a servicios de salud esenciales de calidad; así mismo cada año se atribuyen entre 5,7 y 8,4 millones de muertes a la atención de calidad deficiente en los países de ingresos bajos y medianos, lo que representa hasta el 15% de las muertes en esos países; además el 60% de las muertes en los países de ingresos bajos y medianos por afecciones que requieren atención sanitaria son imputables a la atención de calidad deficiente, mientras que las muertes restantes son consecuencia de que no se utilice el sistema de salud (1)

El concepto de calidad aplicado a los servicios de salud ha ganado cada vez más terreno, ello no implica que históricamente estos servicios no hayan estado en pos de la excelencia, sino que ya no se trata exclusivamente de poseer calidad técnica o intrínseca, sino de producir actos de calidad y que esta sea percibida por el usuario (2).

La implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud y sus actividades dirigidas a la mejora continua de los procesos, mediante la aplicación de técnicas y herramientas para la gestión de la calidad, a través de los proyectos de mejora están orientados a generar resultados favorables en el desempeño y condiciones del entorno.

Los proyectos de mejora continua en salud en el Perú han contribuido con la satisfacción del usuario externo de manera significativa, se hace mención resultados del proyecto "Cero Colas" que busca elevar la cobertura del servicio de salud al año 2017, este fue realizado en el Hospital Santa Gema en Yurimaguas, Loreto. Se trata de una innovación que le ha permitido a este establecimiento de salud tener un 79% de satisfacción entre sus usuarios, ya que ahora no deben hacer largas colas para sacar citas, sino que pueden programarlas con una sola llamada telefónica, o a través de la web e incluso por WhatsApp. Así mismo los proyectos de mejora continua de la calidad siguen la metodología del círculo de Deming basada en 4 pasos como son Planear, Hacer, Verificar y Actuar, metodología aplicable en los diversos procesos estratégicos, misionales y de apoyo.(3)

El plan de Mejora Continua de la Calidad -2023, está estructurado con Finalidad, Objetivos ámbito de aplicación, base legal, contenido, análisis de la situación actual, articulación estratégica, actividades, presupuesto, financiamiento y responsabilidades.





II. 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 para la Gestión de la Calidad.

III. OBJETIVOS.

3.1. Objetivo General.

Fomentar mecanismos para la elaboración de Proyectos de Mejora continua a través de Herramientas y técnicas de la Calidad en el Hospital General Jaén.

3.2. Objetivo Específico.

- 3.2.1. Planificar la elaboración de Proyectos de Mejora Continua para promover que los procesos se desarrollen de forma eficiente en el Hospital General de Jaén.
- 3.2.2. Realizar la Implementación y seguimiento del proyecto de mejora continua para mejorar la calidad de atención en salud en el Hospital General de Jaén.
- 3.2.3. Evaluar de resultados de la implementación de Proyectos de Mejora Continua en el Hospital General de Jaén.
- 3.2.4. Realizar la Institucionalización del Proyecto de Mejora Continua para asegurar la sostenibilidad del /los proyectos en el Hospital General de Jaén.
- 3.2.5. Realizar la evaluación de Actividades del Plan Mejora Continua del Hospital General de Jaén.

IV. AMBITO DE APLICACIÓN.

El presente documento técnico, es de aplicación en el Hospital General de Jaén.

V. BASE LEGAL

- Ley N° 26842, "Ley General de Salud"
- Ley N° 27658, "Ley Marco de Modernización de la Gestión del Estado"
- Ley N° 29344, "Ley Marco de Aseguramiento Universal".
- Ley N° 29414, "Ley que establece los derechos de Personas Usuarias de los servicios de Salud".
- Ley N° 30895, "Ley que fortalece la función rectora del Ministerio de Salud"
- Ley N° 27815, "Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud"
- Decreto supremo N° 164-2021-PCM, que aprueba Políticas General de Gobierno para el
- Decreto Supremo N° 020-2014.SA, que aprueba el Texto Único Ordenado de la ley N° 29344, Ley Marco del Aseguramiento de la Calidad.
- Resolución Ministerial N.° 090-2022-MINSA, que aprueba la Directiva Sanitaria N° 326-MINSA/OGPPM-2022 Directiva Administrativa para la Formulación, Seguimiento y Evaluación de los Planes Específicos del Ministerio de Salud.
- Resolución Ejecutiva N° D 000178-2021-GRC-GR el Gobierno Regional de Cajamarca aprueba el Plan Operativo Institucional Multianual 2022-2024.
- Resolución Ejecutiva N° 484-2017-GR.CAJ/GR, el Gobierno Regional de Cajamarca aprueba el Plan Estratégico Institucional PEI 2018-2020.
- 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° 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° 519-2006/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad de la Atención en Salud".
- Ordenanza Regional N° D3-2022-GR.CAJ/CR, que aprueba la actualización de la Estructura Orgánica y el Reglamento de Organización y Funciones-ROF del Hospital General de Jaén.



- Resolución Directoral N.º 239-2022 GR.CAJ-DRS-HG/DE, que aprueba el Manual de Procesos y Procedimientos de la Gestión de la Calidad 2022.

VI. CONTENIDO

6.1. ASPECTOS TÉCNICOS CONCEPTUALES

- ✦ **Acciones correctivas:** Actividades que se realizan después de haber encontrado deficiencias en los procesos de la organización encaminadas a mejorarlos.
- ✦ **Acciones de innovación:** Son acciones nuevas para agilizar o eliminar actividades en un proceso sin alterar el resultado esperado.
- ✦ **Acciones de mejora:** Conjunto de acciones preventivas, correctivas y de innovación en los procesos de la organización que agregan valor a los productos.
- ✦ **Acciones preventivas:** Se realizan para prevenir deficiencias en la ejecución de procesos futuros.
- ✦ **Equipo de mejora continua:** Conjunto de personas que buscan resolver un problema. Se forma para trabajar en un periodo de tiempo determinado y debe estar integrado por representantes de todas las áreas o servicios que intervienen en el proceso que se desea mejorar.
- ✦ **Evento adverso:** Una lesión o resultado indeseado, no intencional, en la salud del paciente, directamente asociado con la atención de salud. Puede estar causado por errores o por la imprevisible reacción del organismo del paciente.
- ✦ **Evento centinela:** Es aquel evento adverso que produce la 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 cuya ocurrencia debe interpretarse como una señal de alarma para el sistema de vigilancia de la calidad en salud, pues por lo general es la manifestación de que algo está fallando en el proceso de atención. No todos los eventos adversos son eventos centinela.
- ✦ **Enfoque sistémico:** Condición de la gestión de calidad que implica que todo trabajo se realiza con enfoque de sistemas y procesos integrados.
- ✦ **Gestión de la calidad:** Es el componente de la gestión institucional que determina y aplica la política de la calidad, 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.
- ✦ **Herramientas de calidad:** Instrumentos que permiten ordenar, medir, comparar y estructurar la información, de manera que simplifiquen y hagan objetivas las concepciones teóricas y la secuencia de procesos complejos y que permitan generar nuevas ideas para resolver las diferentes oportunidades de mejora que se van presentando.
- ✦ **Institucionalización:** Fase final del ciclo de proyectos de mejora en la que un proceso mejorado se convierte en parte integral y programada de una organización.
- ✦ **Incidente:** Suceso imprevisto y no intencional durante la atención de salud que no ha causado daño, pero que es susceptible de provocarlo en otras circunstancias. El daño que podría haber ocasionado al paciente es innecesario e imprevisto (hay daños en la atención que son necesarios, como una incisión en la piel en una cirugía, y que no constituyen un incidente). Cuando un incidente causa daño o lesión se denomina evento adverso.
- ✦ **Mejoramiento continuo de la calidad:** Es una metodología que implica el desarrollo de un proceso permanente y gradual en toda la organización, a partir de los instrumentos de garantía de la calidad, con el fin de cerrar las brechas existentes, alcanzar niveles de mayor competitividad y encaminarse a construir una organización de excelencia.



- ✦ **Proceso:** Es el conjunto de etapas sucesivas de una operación (administrativa, asistencial entre otras) que genera un resultado que agrega valor globalmente.
- ✦ **Proyecto:** Conjunto ordenado de acciones y procesos que usando recursos pre-establecidos logran resultados en un tiempo determinado.
- ✦ **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.
- ✦ **Plan de acción:** Documento debidamente estructurado, por medio del cual se busca materializar objetivos previamente establecidos, dotándolos de elementos cuantitativos
- ✦ **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.
- ✦ **Técnicas de calidad:** Son procedimientos que ayudan al aumento del grado de participación de los equipos de mejora para encontrar oportunidades de mejora en los procesos.

6.2. ANALISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL DEL ASPECTO SANITARIO

6.2.1. Antecedentes

La Unidad de Gestión de la Calidad del Hospital General de Jaén, inicio sus actividades en abril del año 2021, en dicha unidad se realizan los procesos de Seguridad del Paciente, Plataforma de Atención al Usuario, Autoevaluación para la Acreditación, Auditoria de Salud y Auditoria Médica, Proyectos de Mejora Continua, en cumplimiento de los criterios de programación el año 2021 se cumplió el 91% y el 2022 se logró el 97.78% de cumplimiento; Así mismo el año 2022 se elaboró un proyecto de mejora "Firmemos un trato, el del Buen Trato al Usuario", orientado a mejorar el trato al usuario interno y externo, que se reflejó en los resultados de la encuesta de Satisfacción SERVQUAL, en la Dimensión Empatía en consultorio externo en el año 2021 se obtuvo un 61% de satisfacción y en el año 2022 se logró un 78% de satisfacción en cuanto al trato que reciben los usuarios en consultorio externo, por otro lado la atención que se recibe en emergencia en cuanto al trato que reciben los usuarios en salud en el año 2021 fue de 41% en un nivel en proceso y en el año 2022 en un 40% de satisfacción del usuario cifra que no se mejoró por la falta de compromiso del personal a las capacitaciones dirigidas a mejorar el trato al usuario. En cuanto a la Dimensión Empatía en Hospitalización en el año 2021 se obtuvo un 59 % en un nivel en proceso y en el año 2022 se ha obtenido un 73% de satisfacción del usuario encontrándose en un nivel aceptable.



6.2.2. Problema (Magnitud y Caracterización)

FORTALEZAS (Internas)	OPORTUNIDADES (Externas)
<ul style="list-style-type: none"> ✚ Personal de la Unidad de Gestión de la Calidad calificado. ✚ Implementación de área de elaboración de Proyectos de Mejora Continua. 	<ul style="list-style-type: none"> ✚ Resultados de informes de encuesta de Satisfacción. ✚ Resultados de informes de Rondas de Seguridad del Paciente. ✚ Resultados de informes del Proceso de higiene de Manos ✚ Resultados de informes de notificación de Incidentes. ✚ Resultado de Informes de IASS
DEBILIDADES(Internas)	AMENAZAS(Externas)
<ul style="list-style-type: none"> ✚ Ambiente de trabajo inadecuado 	<ul style="list-style-type: none"> ✚ Ausencia de reconocimiento de horas administrativas para la participación en comités y/o equipos. ✚ Ausencia de compromiso del personal asistencial en cumplimiento de buenas prácticas de atención en salud.

6.2.3. Causas del Problema

- Falta de compromiso del personal asistencial en cumplimiento de Buenas Prácticas de Atención en Salud.
- Falta de reconocimiento de horas administrativas para la participación en comités y/o equipos.

6.2.4. Población O Entidad Objetivo

A todos los departamentos asistenciales y administrativos del Hospital General de Jaén

6.2.5. Alternativas de Solución

Elaboración del Plan de Mejora Continua de la Calidad.

6.3. ARTICULACIÓN ESTRATÉGICA Y OPERATIVA

6.3.1. ARTICULACIÓN ESTRATÉGICA CON LOS OBJETIVOS Y ACCIONES DEL PEI

El Plan Estratégico de Desarrollo Nacional (PEDN), tiene como visión del Perú al año 2050, como un país democrático, respetuoso del Estado de derecho y de la institucionalidad, integrado al mundo y proyectado hacia un futuro que garantiza la defensa de la persona humana y de su dignidad en todo el territorio nacional. Dentro de este marco, las políticas de Estado que se han concretado en el PEDN son; los planes estratégicos sectoriales multianuales (PESEM) y los planes estratégicos multisectoriales (PEM); las políticas territoriales, en los planes de desarrollo regional concertado (PDRC) y en los planes de desarrollo local concertado (PDLC); y las políticas institucionales, en los planes estratégicos institucionales (PEI) y en los planes operativos institucionales (POI).

Los enfoques orientadores consideran a la persona como el centro del desarrollo y propósito o fin último del desarrollo sostenible del país. Por eso, cada uno de los elementos que comprende el PEDN coloca la atención en las personas y su vida en comunidad, considerando los enfoques de: derechos humanos, genero, interculturalidad, igualitario y territorial, incluyendo el desarrollo humano, desarrollo social e institucional, desarrollo ambiental y desarrollo económico, y acceso al entorno digital.



En base a los ejes de la Visión del Perú al 2050 y en contexto con las prioridades establecidas, el PEDN ha propuesto una apuesta estratégica para el desarrollo del país en el largo plazo, organizada en 4 Objetivos Nacionales (ON), siendo el Objetivo Nacional 1: "Alcanzar el pleno desarrollo de las capacidades de las personas, sin dejar a nadie atrás", que enfrenta al Reto: "Sistema de la salud deficiente en recursos humanos y logísticos que atenta contra integridad física y mental de los ciudadanos", que impide que las personas desarrollen y aprovechen plenamente sus capacidades y vivan mejor. Teniendo por ello que "Desarrollar e integrar la gestión de la salud", y colocar como intervención prioritaria el: Mejorar la capacidad resolutoria del primer nivel de atención para brindar salud física y mental; Asegurar los recursos humanos y logísticos para el funcionamiento del sistema de salud preventiva y especializada; y dotar de una estrategia sanitaria de largo plazo para respuestas desde la salud ante futuras pandemias; laboratorios e institutos especializados de investigación.

En cuanto a la articulación operativa, dentro de los objetivos específicos de la Matriz Nacional, tenemos al **OE 1.2**. Reducir los niveles de mortalidad y morbilidad garantizando el acceso universal a la salud de la población, con énfasis en los grupos más vulnerables y que las personas adopten hábitos y estilos de vida saludables, impulsando la salud digital. Y con ello contribuir con el cumplimiento del Lineamiento de política del plan estratégico de desarrollo nacional al 2050 correspondiente a "Garantizar el ejercicio pleno de derechos y el cumplimiento de los deberes de las personas, sin discriminación y en igualdad de oportunidades".

6.3.2. ARTICULACIÓN OPERATIVA CON LAS ACTIVIDADES OPERATIVAS DEL POI

El Plan Operativo Institucional Multianual 2021-2023, el cual es establecida en el Plan Estratégico Institucional 2018-2022 del Gobierno Regional de Cajamarca en el cual tenemos OEI.06 Mejorar el acceso equitativo a servicios de salud de calidad de la población de Cajamarca y su AEI.06.02 Atención de salud con calidad según niveles de prestación dirigido a la Población. Así mismo el OEI.08 Promover el ejercicio de los derechos de las poblaciones vulnerables con su AEI.07.01. Salvaguarda de la cultura e identidad regional con énfasis en la población rural y pueblos originarios. 0053595: Gestión de la Calidad

6.4. ACTIVIDADES POR OBJETIVO.

6.4.1. Descripción Operativa: Unidad de Medida, metas y responsables

OE1. Planificar la elaboración de Proyectos de Mejora Continua para promover que los procesos se desarrollen de forma eficiente en el Hospital General de Jaén.

Actividad	Unidad de Medida	Metas	Responsables
Conformar el equipo de mejora continua del Hospital General de Jaén.	Resolución Directoral	01	Dirección Ejecutiva.
Elaborar el plan de Mejora Continua de la Calidad.	Plan elaborado	01	Resp.Mejora Continua.
Realizar reunión para la revisión del plan de Elaboración de Proyectos de Mejora Continua	Acta	01	Resp.Mejora Continua.
Aprobación del plan de Elaboración de Proyectos de Mejora Continua.	Resolución Directoral	01	Dirección Ejecutiva.



Realizar reuniones para identificación de oportunidad de mejora	Acta	05	Equipo de Mejora Continua
Realizar la elaboración de los proyectos de Mejora continua.	Proyecto de Mejora elaborado	05	Equipo de Mejora Continua
Realizar capacitación para el Equipo de Mejora Continua.	Acta	04	Resp. Mejora Continua.

OE2. Realizar la Implementación y seguimiento del proyecto de mejora continua para mejorar la calidad de atención en salud en el Hospital General de Jaén..

Actividad	Unidad de Medida	Metas	Responsables
Implementación y seguimiento del proyecto de mejora continua aprobados.	Informe	05	Equipo de Mejora Continua.

OE3. Evaluar de resultados de la implementación de Proyectos de Mejora Continua en el Hospital General de Jaén..

Actividad	Unidad de Medida	Metas	Responsables
Realizar la evaluación de los resultados de la implementación de Proyectos y/o acciones de mejora.	Informe	05	Equipo de Mejora Continua.
Realizar informe de actividades de proyectos de mejora y/o acciones de mejora en base a la problemática identificada	Informe	02	Resp. Mejora continua
Elaborar informe de encuestas de satisfacción del usuario.	Informe	03	Equipo de Mejora Continua

OE4. Realizar la Institucionalización del Proyecto de Mejora Continua para asegurar la sostenibilidad del /los proyectos.

Actividad	Unidad de Medida	Metas	Responsables
Elaborar plan de Capacitación sobre el buen trato para el usuario internos y externos.	Plan elaborado	01	Equipo de Mejora Continua.





OE5. Realizar evaluación de actividades del Plan de Mejora Continua del Hospital General de Jaén.

Actividad	Unidad de Medida	Metas	Responsables
Realizar informe de actividades de el Plan de Elaboración de Proyectos de Mejora Continua	Informe	01	Resp. Mejora continua





6.4.2. Costeo de Actividades por Tareas

Objetivo General del Plan	Objetivo específico del plan	Actividades	Tareas	Costo por Tarea	
Fomentar mecanismos para la elaboración de Proyectos de Mejora continua en el Hospital General Jaén.	Realizar la implementación y seguimiento del proyecto de mejora continua para mejorar la calidad de atención en salud. Evaluar de resultados de la implementación de Proyectos de Mejora Continua y/o acciones de mejora. Realizar la Institucionalización del Proyecto de Mejora Continua para asegurar la sostenibilidad del /los proyectos. Realizar informe de actividades del Plan de Elaboración de Proyectos de Mejora Continua	Conformar el equipo de mejora continua del Hospital General de Jaén.	Conformación del equipo de mejora continua del Hospital General de Jaén.	S/0.00	
		Elaborar el plan de Mejora Continua de la Calidad.	Elaboración del plan de Mejora Continua de la Calidad.	S/0.00	
		Realizar reunión para la revisión del plan de Elaboración de Proyectos de Mejora Continua	Invitación a reunión para la revisión del plan de Elaboración de Proyectos de Mejora Continua	S/0.00	
		Aprobación del plan de Elaboración de Proyectos de Mejora Continua.	Aprobación del plan de Elaboración de Proyectos de Mejora Continua.	S/0.00	
		Realizar reuniones para identificación de oportunidad de mejora	Elaborar y emitir memorándum para reunión	S/142.38	
		Realizar la elaboración de los proyectos de Mejora	Elaboración del Proyecto de mejora de IAAS	Elaboración del Proyecto de mejora de IAAS	S/0.00
			Elaboración del Proyecto de Centro Quirúrgico	Elaboración del Proyecto de Centro Quirúrgico	S/0.00
			Elaboración del Proyecto de resultado de informes de incidentes	Elaboración del Proyecto de resultado de informes de incidentes	S/0.00
		Realizar capacitación para el Equipo de Mejora Continua.	Elaboración del Proyecto de insatisfacción en el alta de los pacientes.	Elaboración del Proyecto de insatisfacción en el alta de los pacientes.	S/0.00
			Elaboración del Proyecto de Mejora del Servicio Banco de Sangre	Elaboración del Proyecto de Mejora del Servicio Banco de Sangre	S/0.00
		Implementación y seguimiento del proyecto de mejora continua	Capacitación al Equipo de mejora continua.	Capacitación al Equipo de mejora continua.	S/0.00
		Implementación y seguimiento del proyecto de mejora continua	Implementación y seguimiento del proyecto de mejora continua	Implementación y seguimiento del proyecto de mejora continua aprobados	S/284.75
		Realizar informe de evaluación de los resultados de los y/o acciones de mejora.	Realizar informe de evaluación de los resultados de los y/o acciones de mejora.	Realizar informe de evaluación de los resultados de la implementación de Proyectos y/o acciones de mejora.	S/0.00
		Realizar informe de actividades de proyectos de mejora y/o acciones de mejora en base a la problemática identificada	Realizar informe de actividades de proyectos de mejora y/o acciones de mejora en base a la problemática identificada	Realizar informe de actividades de proyectos de mejora y/o acciones de mejora en base a la problemática priorizada	S/0.00
		Elaborar informe de encuestas de satisfacción	Elaborar informe de satisfacción del Paciente Quirúrgico.	Elaborar informe de Satisfacción del Paciente Quirúrgico.	Elaborar informe de satisfacción del Paciente Quirúrgico.
Elaborar informe de satisfacción de la Atención en el Parto.	Elaborar informe de satisfacción de la Atención en el Parto.		Elaborar informe de satisfacción de la Atención en el Parto.	S/0.00	
Elaborar informe de encuesta SERQUAL	Elaborar informe de encuesta SERQUAL		Elaborar informe de encuesta SERQUAL	S/0.00	
Realizar plan de Capacitación sobre el buen trato al usuario	Elaboración de Plan de Capacitación "Firmemos un trato , el del Buen Trato al Usuario"	Elaboración de Plan de Capacitación "Firmemos un trato , el del Buen Trato al Usuario"	Elaboración de Plan de Capacitación "Firmemos un trato , el del Buen Trato al Usuario"	S/0.00	
	Ejecutar la capacitación del Buen Trato al Usuario	Ejecutar la capacitación del Buen Trato al Usuario	Ejecutar la capacitación del Buen Trato al Usuario	S/142.38	
Realizar informe de actividades del Plan de Elaboración de Proyectos de Mejora Continua	Realizar informe de actividades del Plan de Elaboración de Proyectos de Mejora Continua	Realizar informe de actividades del Plan de Elaboración de Proyectos de Mejora Continua	Realizar informe de actividades del Plan de Elaboración de Proyectos de Mejora Continua	S/0.00	



