



RESOLUCIÓN DIRECTORAL

Lima, 11 de Abril de 2019

VISTO el Expediente N° 6348-2019 con el Oficio N° 478-2019-D.Adj/HCH, remitido por el Director Adjunto del Hospital Cayetano Heredia, respecto a la aprobación del Plan de Gestión Clínica 2019 del Hospital Cayetano Heredia, y;

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; asimismo, su protección es de interés público; por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;

Que, el ítem 1 del numeral 3.1 del Plan Nacional Concertado de Salud, aprobado mediante Resolución Ministerial N° 589-2007/MINSA, establece los Lineamientos de Política de Salud 2007-2020, los cuales son: 1) Atención Integral de salud a la mujer y el niño privilegiando las acciones de promoción y prevención, 2) Vigilancia, prevención y control de las enfermedades transmisibles y no transmisibles, 3) Aseguramiento Universal, 4) Descentralización de la función salud al nivel del Gobierno Regional y Local, 5) Mejoramiento progresivo del acceso a los servicios de salud de calidad, 6) Desarrollo de los Recursos Humanos, 7) Medicamentos de calidad para todos/as, 8) Financiamiento en función de resultados, 9) Desarrollo de la rectoría y del sistema de información en salud, 10) Participación Ciudadana en Salud y 11) Mejora de los otros determinantes de la Salud;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 850-2016/MINSA, aprueba el documento denominado "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud", el cual es de observancia obligatoria para las Direcciones Generales, Oficinas Generales, Órganos Desconcentrados y Organismos Públicos del Ministerio de Salud, estableciendo en el punto 5.4 que los documentos que se emitan tendrán la siguiente denominación según el caso: Normativa Técnica de Salud, Directiva, Guías Técnicas o Manuales y Documentos Normativos con el que se establece aspectos técnicos y operativos en materias específicas y cuya emisión puede obedecer a lo dispuesto en una norma legal de carácter general o de una NTS. Las Directivas pueden ser de aplicación en todo el sector salud, si por la naturaleza de su contenido así se requiere, debiendo ser expresamente señalado en el Ámbito de Aplicación de las mismas. Por su naturaleza de su contenido, las Directivas se denominan: 1) Directivas Administrativas, cuando están dirigidas a temas de ámbito administrativo y 2) Directivas Sanitarias, cuando están dirigidas a temas de ámbito sanitario;

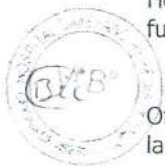
Que, mediante Resolución Ministerial N° 581-2011/MINSA, se aprobó la Directiva Administrativa N° 184/MINSA-V.01 "Directiva Administrativa para la Evaluación del Desempeño de la Gestión de los Directores Generales de Institutos Nacionales y Hospitales del Ministerio de Salud", teniendo como finalidad evaluar el desempeño de la gestión de los Directores Generales de los Institutos Nacionales y Hospitales del Ministerio de Salud, en concordancia con los objetivos y metas establecidos en sus planes y programas con la finalidad de contribuir a fortalecer los servicios de salud;

Que, este nosocomio ha impulsado y desarrollado una cultura de gestión de procesos a través de la Gestión de las Unidades Productoras de Servicios de Salud, articulando procesos clínicos con los procesos administrativos gerenciales y políticos para mejorar el desempeño de la gestión del Hospital, por ello, ha dispuesto (Plan de Gestión Clínica, Compromisos de Gestión, Sistema de Monitoreo y/o estimaciones de Gestión Clínica, Auditorías de Calidad), el inicio de las mediciones y/o estimaciones de Línea de base del desempeño de la Gestión Clínica de las UPPS pilotos, registrados en un Plan de Gestión Clínica 2019 que permitan iniciar el crecimiento y desarrollo progresivo de las UPPS del Hospital y por ende el desempeño del hospital, expresado en la satisfacción de las necesidades de salud de las personas, familias y comunidades;





Que, resulta necesario aprobar el Plan de Gestión Clínica, el cual consta de nueve estrategias secuenciales que apuntan a facilitar este proceso, los cuales son: 1) Conformar un Equipo impulsor Líder, 2) Entrenamiento, 3) Sistema de Comunicación, 4) Vincularlo al Plan Operativo Anual, 5) Levantamiento de línea de base, 6) Definición de puntos críticos, 7) Identificación de mejorar, 8) Definir el nivel de calidad y eficiencia deseado y 9) La auditoria;



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

Estando a lo peticionado por el Director Adjunto, lo recomendado por la Directora Ejecutiva de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad y lo opinado por la Asesoría Jurídica en el Informe N° 313-2019-OAJ/HCH;

Con la visación del Director Adjunto, la Directora Ejecutiva de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico y las Jefas de las Oficinas de Gestión de la Calidad y Asesoría Jurídica;



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

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- APROBAR el "Plan de Gestión Clínica 2019 del Hospital Cayetano Heredia"; el mismo que se adjunta y forma parte integrante de la presente Resolución.

Artículo 2°.- ENCARGAR al Director Adjunto del Hospital Cayetano Heredia, adopte las acciones administrativas correspondientes para el cumplimiento del Plan aprobado en el artículo 1° de la presente Resolución.

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

REGÍSTRESE Y COMUNÍQUESE.

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL CAYETANO HEREDIA
Dra. AIDA CECILIA PALACIOS RAMIREZ
DIRECTORA GENERAL
C.M.C. 23574 D.N.E. 6821

() ACPR/BIC/ACV
DISTRIBUCIÓN:
() DG
() D.ADJ.
() OEPE
() OGC
() OAJ
() OCOM

CERTIFICADO:
ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL
que remito para los fines pertinentes
15 ABR. 2019
Sr. Emiliano Elias Suarez Quispe
FEDATARIO
HOSPITAL CAYETANO HEREDIA



PERÚ

Ministerio
de Salud

Hospital
Cayetano Heredia



MODERNIZACIÓN DE LA GESTIÓN HOSPITALARIA CENTRADA EN EL PACIENTE

"Plan de Gestión Clínica 2019 del
Hospital Cayetano Heredia.

MINISTERIO DE SALUD

DIRECCIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA NORTE

DIRECTOR GENERAL

Dra. Aida Cecilia Palacios Ramírez

DIRECTOR ADJUNTO

Dr. Juan Carlos Quispe Cuba



Handwritten signature



ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN.....	04
II. BAE LEGAL.....	05
III. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL.....	05
3.1 ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE LAS UPSS.....	05
3.1.1 ANÁLISIS DE LA ESTRUCTURA DE RECURSOS DE LAS UPSS.....	05
3.1.2 ANÁLISIS DE LOS ASPECTOS DE GESTIÓN DE LOS PROCESOS.....	06
3.1.3 ANÁLISIS DE LOS INDICADORES DE SERVICIOS DE SALUD POR UPSS.....	07
3.1.4 ANÁLISIS DE LA GESTIÓN CLÍNICA.....	09
3.2 IDENTIFICACIÓN Y PRIORIZACIÓN DE PROBLEMAS.....	14
IV. MARCO ESTRATÉGICO NACIONAL Y SECTORIAL.....	16
V. MARCO ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL.....	22
VI. OBJETIVOS.....	22
6.1 General y Específico. Marco Conceptual.....	22
6.2 Articulación de los Objetivos del plan de Gestión Clínica con el PEI 2012-2016 y el Plan Operativo Anual	22
VII. DEFINICIÓN DE ACTIVIDADES E INDICADORES.....	22
VIII. RESPONSABILIDAD.....	23
IX. BIBLIOGRAFIA.....	23
X. ANEXOS.....	24



I. INTRODUCCIÓN

En un intento de reducir la brecha que separaba a clínicos y gestores, en muchos países se intentó hacer reformas en la gestión y organización de los servicios. Es así que aparece el término de Gestión Clínica, en un esfuerzo de aunar la práctica clínica y la gestión de los recursos, descentralizar los compromisos y las responsabilidades y como una forma de integración de la cultura clínica y la cultura de gestión. Es decir, una forma de gestión de las Unidades Asistenciales, llamadas ahora Unidades Prestadoras de Servicios de Salud "UPSS" basada en la asunción de responsabilidades por los clínicos en la producción, utilización de los recursos, en los resultados finales y en la calidad de los procesos asistenciales

Los Hospitales, como prestadores de servicios deben estar atentos al desarrollo de tecnologías; no solo para adaptaciones temporales para circunstancias favorables, sino para acciones gerenciales ya que el aprovechamiento al máximo de los conocimientos mejorará la calidad, eficiencia y eficacia de la prestación de los servicios de salud.

En este contexto es preciso diseñar instrumentos y herramientas de gestión que permitan fortalecer la implementación de la Gestión Clínica en los servicios de salud del Hospital, así tenemos por ejemplo que para fortalecer la implementación de la Gestión Clínica del Hospital Cayetano Heredia, nivel III.1 del Ministerio de Salud, es necesario diseñar primero el Plan de Gestión Clínica 2019 enmarcado en el Plan Operativo y Plan estratégico del Hospital, adicionalmente para asegurar su implementación se establecerán Compromisos de Gestión entre la Dirección General del Hospital y sus UPSS/Departamentos, seleccionándose para esta etapa de inicio, departamentos pilotos. En este documento se establecen los niveles de calidad y eficiencia de las prestaciones a alcanzar en las diferentes Unidades Productoras de Servicios de Salud del Hospital, en el marco del Plan de Gestión Clínica del HOSPITAL CAYETANO HEREDIA 2019, expresado en indicadores; asimismo los niveles de gestión y organización de los servicios a alcanzar para fortalecer las prestaciones. Se establecen los compromisos de las partes involucradas para alcanzar las metas planteadas en el corto plazo (hasta un año).

Para hacer seguimiento a estos compromisos, se plantea diseñar un sistema de monitoreo y evaluación del desempeño de la Gestión Clínica de las UPSS, que permita conocer periódicamente el nivel de avance de las metas planteadas, analizar información y generar una cultura de toma decisiones en función a los resultados obtenidos.

Es así, que el Hospital Cayetano Heredia, nivel III.1 del Ministerio de Salud se ha propuesto impulsar y desarrollar una cultura de gestión de procesos a través de la Gestión de las Unidades Productoras de Servicios de Salud, articulando procesos clínicos con los procesos administrativos gerenciales y políticos para mejorar el desempeño de la gestión del Hospital, por ello se ha dispuesto, con todas las herramientas antes descritas (Plan de Gestión Clínica, Compromisos de Gestión, Sistema de Monitoreo y Evaluación de la Gestión Clínica, Auditorías de Calidad), el inicio de las mediciones y/o estimaciones de Línea de base del desempeño de la Gestión Clínica de las UPSS pilotos, registrados en un Plan de Gestión Clínica 2019 que nos permitan iniciar el crecimiento y desarrollo progresivo de las UPSS del Hospital y por ende el desempeño del hospital, expresado en la satisfacción de las necesidades de salud de las personas, familias y comunidades.



II. BASE LEGAL

- Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- Resolución Ministerial N° 367-2016/MINSA que aprueba PESEM 2017-2021
- Resolución Ministerial N° 581-2011/MINSA que aprueba la Directiva Administrativa de Evaluación de Directores Generales de Institutos y Hospitales del MINSA
- Resolución Ministerial N° 572-2011/MINSA que aprueba la Directiva Administrativa de Monitoreo de Establecimiento de Salud del MINSA.

III. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

3.1 Análisis de la situación de las UPSS

El análisis de la situación de las UPSS se hará siguiendo el enfoque sistémico, es decir analizar la entrada que corresponde principalmente a sus recursos e insumos disponible para cumplir con su misión, análisis de sus procesos asistenciales, procesos de soporte y procesos estratégicos y finalmente hacer un análisis de sus resultados por UPSS, esto nos permitirá establecer las relaciones y vinculancias que existen entre los resultados obtenidos con el cumplimiento de los procesos claves y la disponibilidad y gestión de los recursos estratégicos

3.1.1 Análisis de la Estructura de Recursos de los servicios de salud "UPSS"

La evaluación de estructura de los servicios de salud comprende el análisis de los aspectos relacionados a la oferta de servicios que dispone el hospital, los mismos que se detallan en los anexos, así tenemos:

- Infraestructura, Equipamiento, Recursos Humanos, Medicamentos, materiales e insumos

Tabla N° 01

Análisis de la estructura de Recursos Disponibles del Hospital Cayetano Heredia 2018

N°	UPSS	Infraest	Equip	Rec. Hum.	Mat/Ins	Med	% Cumple	% Brecha
01	Consulta Externa	95%	95%	90%	100%	94%	95%	5%
02	Hospitalización	80%	85%	87%	83%	95%	85%	12%
03	Emergencia	100%	100%	100%	100%	95%	99%	1%
04	Centro Quirúrgico	95%	95%	90%	100%	94%	95%	5%
05	Centro Obstétrico	80%	85%	87%	83%	95%	85%	12%
06	UCI	100%	100%	100%	100%	95%	99%	1%
% de Cumple		92%	93%	92%	95%	95%	94%	6%
% de Brecha		8%	7%	8%	5%	5%	6%	

Según la tabla N° 01 se puede evidenciar que el hospital presenta brechas de infraestructura en un 8%, siendo la UPSS Hospitalización la que presenta más brecha (20%) y la UPSS Emergencia la que menos brecha presenta (0%), dentro de los problemas más relevantes a destacar tenemos:

- Dimensiones de los ambientes físicos y el estado de conservación de las instalaciones físicas, sanitarios y sistema eléctrico, no se cuenta con lavamanos en los consultorios externos



Según la tabla N° 01 se puede evidenciar que el hospital presenta brechas de Equipamiento en un 7%, siendo la UPSS Hospitalización la que presenta más brecha (15%) y la UPSS Emergencia la que menos brecha presenta (0%), dentro de los problemas más relevantes a destacar tenemos:

- Equipos en mal estado de conservación y en algunos casos obsoletos en hospitalización y centro obstétrico

Según la tabla N° 01 se puede evidenciar que el hospital presenta brechas de Recursos Humanos en un 8%, siendo la UPSS Hospitalización la que presenta más brecha (13%) y la UPSS Emergencia la que menos brecha presenta (0%), dentro de los problemas más relevantes a destacar tenemos:

- Profesionales especialistas en el departamento de hospitalización y también en consulta externa

Según la tabla N° 01 se puede evidenciar que el hospital presenta brechas de medicamentos en un 5%, siendo la UPSS Consulta Externa la que presenta más brecha (6%) y la UPSS Emergencia la que menos brecha presenta (5%), dentro de los problemas más relevantes a destacar tenemos:

- Los medicamentos relacionados al coche de curaciones de emergencia y hospitalización están desabastecidos y en algunos casos están vencidos como los que se encuentran en la ambulancia.

3.1.2 Análisis de los procesos claves de los servicios de salud "UPSS"

La evaluación de procesos claves que se realizan en los servicios de salud comprende el análisis de los aspectos relacionados a los procesos asistenciales y de soporte que se dan en los servicios de salud "UPSS" del HCH, los mismos que se detallan en los anexos, así tenemos: Procesos Misionales, Procesos de Soporte y Procesos Estratégicos

Tabla N° 02

Análisis de los procesos claves de las UPSS del Hospital Cayetano Heredia 2018

N°	UPSS	Procesos Misionales	Proceso de Soporte	Procesos Estratégicos	% de Cumplimiento	% de Brecha
01	Consulta Externa	89%	95%	80%	90%	10%
02	Hospitalización	88%	90%	85%	89%	11%
03	Emergencia	95%	95%	75%	96.5%	3.5%
04	Centro Quirúrgico	89%	95%	80%	90%	10%
05	Centro Obstétrico	88%	90%	85%	89%	11%
06	UCI	95%	95%	75%	96.5%	3.5%
% de Cumplimiento		90.5%	93.4%	80%	95%	5%
% de Brecha		9.5%	6.6%	0%	5%	

Según la tabla N° 02 se puede evidenciar que el hospital cumple con el 90.5 % de los procesos asistenciales misionales, siendo la UPSS Emergencia quien mejor desempeño presenta (95%) y la UPSS Hospitalización la que menor desempeño presenta (88%), siendo los problemas más relevantes a destacar los siguientes aspectos:

- Manejo adecuado de los residuos sólidos, Registro completo de las historias clínicas, Adherencias limitadas a las Guías de Práctica Clínica



Según la tabla N° 02 se puede evidenciar que el hospital cumple con el 93.4 % de los procesos de soporte, siendo la UPSS Consulta Externa quien mejor desempeño presenta (95%) y la UPSS Consulta Externa la que menor desempeño presenta (90%), siendo los problemas más relevantes a destacar los siguientes aspectos:

- El jefe de la UPSS no tiene definido que hacer en caso un médico no se encuentra en la consulta externa
- El jefe de departamento no cuenta con los insumos, equipos e infraestructura suficiente para brindar la atención
- El presupuesto asignado a los departamentos para la atención es insuficiente

Según la tabla N° 02 se puede evidenciar que el hospital cumple con el 80 % de los procesos estratégicos, relacionados a la direccionalidad de la UPSS, siendo todas las UPSS que no cumplen con esta función, siendo los problemas más relevantes a destacar los siguientes aspectos:

- No se hace análisis de situación de la UPSS a través de indicadores con todo el personal
- No se dispone de Plan de Gestión Clínica
- No se cuenta con instrumento de monitoreo y evaluación para cumplir con la rendición de cuentas
- No presenta estrategia de implementación de la gestión clínica

3.1.3 Análisis de los resultados en indicadores de los servicios de salud "UPSS"

La evaluación de resultados en los servicios de salud comprende el análisis de los indicadores de desempeño clínico de eficiencia y calidad en los servicios de salud "UPSS" del HCH, los mismos que se detallan en los anexos, así tenemos:

- Indicadores de Eficiencia, Calidad y efectividad de Consulta Externa
- Indicadores de Eficiencia, Calidad y efectividad de Hospitalización
- Indicadores de Eficiencia, Calidad y efectividad de Emergencia

Tabla N° 03

Análisis de los Indicadores de la UPSS Consulta Externa del Hospital Cayetano Heredia, periodo 2018

N°	Indicadores	Valor Estándar	Valor Alcanzado	% de Cumplimiento	% de Brecha
01	Productividad Hora / Médico	3-4	3.1	100%	0%
02	Satisfacción de Usuario Externo	80%	80%	100%	0%
03	Promedio de Análisis de Laboratorio	1.5	1.3	85%	15%
04	Utilidad de los Consultorio Externos	2	1.2	75%	25%
% de Cumplimiento				90%	10%
% de Brecha					

Según la tabla N° 03 se puede evidenciar que el hospital cumple con el 97 % de los indicadores de eficiencia y calidad de Consulta Externa, siendo el indicador de promedio de análisis de laboratorio quien menos desempeño presenta (85%).



Tabla N° 04

Análisis de los Indicadores de la UPSS Emergencia del Hospital Cayetano Heredia, periodo 2018

N°	Indicadores	Valor Estándar	Valor Alcanzado	% de Cumplimiento	% de Brecha
01	Razón de Emergencias VS Consulta Externa	0.1	0.1	100%	0%
02	Satisfacción de Usuario Externo	80%	80%	100%	0%
03	Tiempo de atención para prioridad II	10 min	8 min	100%	0%
% de Cumplimiento				100%	0%
% de Brecha				0%	

Según la tabla N° 04 se puede evidenciar que el hospital cumple con el 100 % de los indicadores de eficiencia y calidad de la UPSS Emergencia.

Tabla N° 05

Análisis de los Indicadores de la UPSS Hospitalización del Hospital Cayetano Heredia, periodo 2018

N°	Indicadores	Valor Estándar	Valor Alcanzado	% de Cumplimiento	% de Brecha
01	Promedio de Permanencia Cama	6-8	8	100%	0%
02	Rendimiento Cama	3-5	3.5	100%	0%
03	% de ocupación cama	80%	89%	100%	0%
04	Tasa de Incidencia de las infecciones del tracto urinario en el pabellón 1 y 20	11	8.5	100%	0%
% de Cumplimiento				100%	0%
% de Brecha					

Según la tabla N° 05 se puede evidenciar que el hospital cumple con el 100 % de los indicadores de eficiencia y calidad de la UPSS Hospitalización.

Tabla N° 06

Análisis de los Indicadores de la UPSS Centro Quirúrgico Hospital Cayetano Heredia, periodo 2018

N°	Indicadores	Valor Estándar	Valor Alcanzado	% de Cumplimiento	% de Brecha
01	Rendimiento de Sala de operaciones	90	67	65%	35%
02	% de Cirugías programadas suspendidas	5%	6%	95%	5%
% de Cumplimiento				80%	20%
% de Brecha					

Según la tabla N° 06 se puede evidenciar que el hospital cumple con el 80% de los indicadores de eficiencia y calidad de la UPSS Centro Quirúrgico.

Tabla N° 07

Análisis de los Indicadores de la UPSS Centro Quirúrgico Hospital Cayetano Heredia, periodo 2018

N°	Indicadores	Valor Estándar	Valor Alcanzado	% de Cumplimiento	% de Brecha
01	% de Cesáreas	30%	48%	0%	100%
% de Cumplimiento				0%	100%
% de Brecha					



3.1.4 Análisis de la Gestión Clínica

3.1.4.1 Planificación

I Etapa del proceso: El Jefe de Departamento debe conducir la participación del personal en la elaboración de su Plan de Gestión Clínica, así como su monitoreo y evaluación. Sin embargo, para el presente año no se ha cumplido con los procesos relacionados a la Gestión Clínica en su etapa de planeamiento.

Tabla N° 08
Planificación de la Gestión Clínica¹ 2018

N°	ITEMS	Valor_01
	Resultado lista de chequeo N° 1	0.00%
EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD DISPONE DEL PLAN DE GESTIÓN CLÍNICA		
	Resultado Procesos de diseño e implementación del Plan de Gestión Clínica	0%
1	La UPSS ha realizado el análisis de situación de la gestión clínica. Indicadores de desempeño clínico por mes, trimestre, semestre y anual	0
2	Se cuenta con el Plan de Gestión Clínica en medio físico, magnético o en Web.	0
3	Se cuenta con Resolución Directoral que aprueba el Plan de Gestión Clínica	0
4	Se ha difundido a todo el personal por medio magnético, vía conferencias, talleres o reuniones de gabinete el Plan de Gestión Clínica	0
5	Se cuenta con estrategias para la implementación del Plan de Gestión Clínica descritas en un Plan de trabajo	0

Estrategias para la implementación del Plan de Gestión Clínica

Para un mejor desarrollo sostenido de la gestión clínica en los servicios de salud se han propuestos 9 estrategias secuenciales que apunta a facilitar este proceso, sin embargo, tenemos que mencionar que aún no se ha cumplido con ninguno de estos 9 pasos que señalamos a continuación:

Paso 1. Conformar un Equipo impulsor Líder. conducido por el Jefe del Departamento y equipos de gestión, en petit comité, capaces de planear, hacer, verificar y actuar en su área asistencial, denominados "gestores", que dependen de la dirección ejecutiva y/o Dirección General y tienen el apoyo de gestores de las áreas administrativa y financiera.

Paso 2. Entrenamiento: dada su importancia para los profesionales que fueron convocados en el paso 1, se debe dar entrenamiento básico en los conceptos y las herramientas de administración y gestión. Por lo que son los clínicos los responsables directos de definir y mantener los altos estándares de calidad en el cuidado de nuestros pacientes, tareas que realizan con el apoyo del equipo administrativo y gerencial que provee las herramientas necesarias.

¹ Lista de Chequeo donde "1" significa que cumple y "0" que no cumple el ítem indicado

Para este paso se tiene en cuenta: un ambiente agradable, y se elabora un plan de entrenamiento.

Paso 3. Sistema de comunicación: es fundamental utilizar medios escritos y comunicaciones verbales dirigidas al individuo y a los grupos, e involucrar a todo el personal asistencial en el desarrollo del modelo comunicando los avances y las dificultades, requiere del trabajo de todos y en equipo; la participación activa y eficaz de Todos. La comunicación eficiente, necesita de la difusión permanente con el fin de orientar conductas, generar participación de todos los colaboradores y promover el mejoramiento continuo en pro de la organización. La reactivación en el sentido de pertenencia y los valores.

Paso 4. Vincularlo al Plan Operativo Anual: Es fundamental incorporar las actividades del Plan de Gestión Clínica en el Plan Operativo Institucional para que reciban el financiamiento respectivo. Si esto es así, entonces el Departamento / UPSS diseñará un Plan de Trabajo o Matriz de programación de actividades en el marco del Plan de Gestión Clínica.

Paso 5. Levantamiento de la línea de base. Cada gestor y su equipo realizarán la definición, la documentación y la medición de sus procesos (línea de base), relacionándolos con otros procesos asistenciales y administrativos.

El levantamiento de la línea de base (¿dónde estamos?) se toma como punto inicial de dónde se encuentra al comienzo del proceso de mejoramiento para medir el avance según lo propuesto y realizar actividades correctivas y preventivas clave para el control y el seguimiento."

Paso 6. Definición de puntos críticos (¿qué hay que mejorar?): parte de la respuesta viene de los objetivos planteados por la planeación estratégica organizativa y asistencial, además, de las estrategias que surgen del mismo equipo una vez definidas las actividades del proceso que se deben mejorar.

Paso 7. Identificación de mejoras: aquí el gestor junto con la Dirección Ejecutiva, se preguntan qué se quiere mejorar, apoyados en el equipo de gestión para una definición más específica, teniendo en cuenta la oportunidad, el acceso, la capacidad de integración, la seguridad, etc.

Paso 8. Definir el nivel de calidad y eficiencia deseado: habiendo determinado lo que se quiere mejorar y revisada la calidad que se pretende, se debe tener en cuenta la visión técnico científica y la voz del cliente, debido a que no es posible el mejoramiento de los procesos clínicos si la voz del usuario no ha sido escuchada. En este punto son útiles: La medicina basada en la evidencia,

- Las guías de práctica clínica,
- Los estudios publicados y
- El benchmarking: es un proceso estratégico de identificación y aprendizaje de las mejores prácticas organizativas de cualquier parte del mundo para obtener información sobre filosofía, políticas, prácticas y patrones que puedan ayudar a la organización en la toma de decisiones para perfeccionar su desempeño: admitir que otro es mejor y aprender cómo igualarse e, incluso, superarlo."



Paso 9. La auditoría: este proceso esencial ha sido una constante en la nueva gestión clínica, incentivando el autoconocimiento, la autogestión y el mejoramiento continuo del área organizativa.

Gestión de la Calidad

Como se puede apreciar en la tabla N° 09, se cumple con el 80% de los procesos relacionados a la Calidad de Atención en los Departamentos del HCH.

**Tabla N° 09
Gestión de la Calidad en las UPSS del HCH 2018**

N°	ITEMS	Valor_01
	Resultado lista de chequeo N° 2	80.00%
EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD REORIENTA SUS ACCIONES DE CALIDAD		
	Resultado del proceso de cumplimiento de las acciones de calidad en los servicios de salud	80%
1	El Departamento y/o UPSS ha iniciado en coordinación con el área de calidad, el proceso de acreditación	1
2	El Departamento y/o UPSS, ha coordinado con el área de calidad, la medición de la satisfacción del usuario externo	1
3	El Departamento y/o UPSS, ha coordinado con el área de calidad, la Medición del clima organizacional.	0
4	El Departamento y/o UPSS ha coordinado con el área de calidad, la estimación de tiempos de espera.	1
5	El Departamento y/o UPSS promueve el desarrollo de proyectos de mejora continua de la calidad, en base a los resultados de las mediciones realizadas.	1

3.1.4.2 Estandarización de la Práctica Clínica

La UPSS cuenta con Guías de Práctica Clínica de los Daños más frecuentes aprobadas con Resolución Directoral. Sin embargo, aún se evidencia en las Historias Clínica evaluadas que no se cumple con el llenado correcto de los registros y lo establecido en las Guías de Práctica Clínica, así tenemos por ejemplo los siguientes aspectos:

- El proveedor verifica que cuenta con los recursos requeridos para la atención de pacientes en Consulta Externa y/o especializada, solo se cumplió con el 60% de los procesos relacionados como por ejemplo la verificación si el equipamiento en los servicios se encuentra en estado operativo o no, función que lo debe ejecutar el personal técnico. Asimismo, se evidencia que no se realiza la verificación de la limpieza de los ambientes de acuerdo a los procedimientos establecidos antes de iniciar la atención
- El personal asegura un clima apropiado de relación interpersonal, brindando un trato cordial y humanizado adecuado a la cultura de la usuaria. En este punto se evidencia que durante la atención el personal proveedor del servicio no se identifica ni tampoco llama por su nombre al paciente. También es de notar que el proveedor no Explica la importancia y objetivos de la atención del daño, motivo de la Consulta, asegurándose además de que el paciente y acompañante entendieron el mensaje.

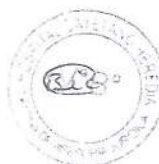


Tabla N° 10
Estandarización de la Práctica Clínica 2018

N°	ITEMS	Valor_01
	Resultado Lista de Chequeo N° 08	71.66%
BUENAS PRACTICAS EN LA ATENCIÓN DE PACIENTES		
1	BPA: "Buenas Prácticas de Atención en el triaje y Consultorio Externo del Departamento	71.66%

DESARROLLO DE LAS BUENAS PRÁCTICAS DE ATENCIÓN

1	BPA: "Buenas Prácticas de Atención en el triaje y Consultorio Externo del Departamento	71.66%
1.1	El proveedor verifica que cuenta con los recursos requeridos para la atención de pacientes en Consulta Externa y/o especializada.	60.00%
1.1.1	Material de limpieza e higiene	1
1.1.2	Material de escritorio	1
1.1.3	Material e insumos médicos	1
1.1.4	Equipamiento operativo	1
1.1.5	Realiza la limpieza de los ambientes o supervisa que ésta se realice de acuerdo a procedimientos adecuados, antes de iniciar la atención y cuando fuera necesario, entre otros)	1
1.2	El personal asegura un clima apropiado de relación interpersonal, brindando un trato cordial y humanizado adecuado a la cultura de la usuaria.	83.3%
1.2.1	Realiza protocolo de saludo	50.00%
1.2.1.1	Saluda al paciente cordialmente en forma adecuada a las costumbres locales	1
1.2.1.2	Se presenta y le dice su nombre, cargo y función	0
1.2.1.3	Pregunta su nombre y apellidos	1
1.2.1.4	La llama por su nombre	0
1.2.2	Respeto derechos de los pacientes, asegurando privacidad y reafirmando confidencialidad.	100.00%
1.2.2.1	Mantiene cerrada la puerta del consultorio	1
1.2.2.2	Habla en voz baja para evitar que otras personas escuchen la conversación	1
1.2.2.3	No permite la presencia de otras personas en el consultorio sin consentimiento de la usuaria	1
1.2.2.4	Le habla de manera comprensible con palabras sencillas	1
1.2.2.5	Con cortesía y respeto identifica si pertenece a una comunidad étnica y la identificación cultural que tiene con la misma	NA
1.2.3	Explica la importancia y objetivos de la atención del daño, motivo de la Consulta	0.00%
1.2.3.1	El proveedor/a se asegura que el paciente y acompañante entendieron el mensaje.	0
1.2.4	Explica los derechos que tiene el paciente durante la atención en Consulta Externa	100.00%
1.2.4.1	Recibir toda la atención de forma gratuita en los pacientes SIS	1
1.2.4.2	Recibir información completa y actualizada en su idioma y que el mensaje es comprendido	NA
1.2.4.3	Tomar decisiones a través del consentimiento informado	1
1.2.4.4	Que durante la atención sus creencias, religión, valores y actitudes propias de su cultura serán respetadas	1



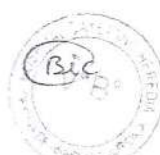
3.1.4.3 Proceso de gestión y organización de la Gestión Clínica

La II etapa del proceso de implementación de la gestión clínica es la gestión y organización de los servicios de salud con una descentralización gradual de los recursos presupuestales. Al respecto las UPSS alcanza un 46% de cumplimiento de los procesos involucrados, siendo los problemas a destacar los siguientes:

- La UPSS no evalúa el desempeño de los recursos humanos
- La UPSS no ha definido su cuadro de necesidades de mantenimiento de equipos biomédico e infraestructura
- Los recursos presupuestales aún no están descentralizado
- El Departamento/UPSS no tiene definido el procedimiento a seguir en caso que un médico por alguna razón no se presenta atender a los usuarios
- El Departamento/UPSS tiene definido el procedimiento a seguir en caso que un médico por alguna razón no está atendiendo a los usuarios
- El Departamento /UPSS no realiza periódicamente el análisis de la información

**Tabla N° 9
Proceso de Gestión y Organización de la Gestión Clínica 2018**

N°	ITEMS	Valor_01
	Resultado lista de chequeo N° 33	46%
EL DEPARTAMENTO / UPSS CUMPLE LOS INDICADORES DE GESTIÓN		
Resultado de los niveles de GESTIÓN Y ORGANIZACIÓN de los servicios		
1	El Departamento / UPSS ha actualizado y aprobado las GPC más frecuentes del servicio.	1
3	El Departamento / UPSS ha elaborado las GPA (Manual de procedimiento Médico) más frecuentes del servicio.	1
4	La UPSS gestiona la dotación de recursos humanos así como el desarrollo de capacidades para su personal	1
6	La UPSS evalúa el desempeño de los recursos humanos acorde a las normas vigentes	0
7	La UPSS ha definido su cuadro de necesidades de mantenimiento de equipos biomédico e infraestructura	0
9	La UPSS administra los recursos presupuestales y los ejecuta acorde a las normas vigentes de manera oportuna	0
10	El Departamento/UPSS cumple con la programación y distribución adecuada de Horas médicos considerando las actividades asistenciales, docencia y gestión	1
11	El Departamento/UPSS tiene definido el procedimiento a seguir en caso que un médico por alguna razón no se presenta atender a los usuarios	0
12	El Departamento/UPSS tiene definido el procedimiento a seguir en caso que un médico por alguna razón no está atendiendo a los usuarios	0
13	El Departamento /UPSS realiza periódicamente el análisis de la información (actividades asistenciales, de gestión, indicadores de desempeño clínico, entre otros), toma de decisiones y lo registra en Actas.	0
14	El Departamento /UPSS realiza la segregación adecuada de los residuos sólidos comunes y biocontaminados (Bolsa Rojas, Negras, amarillas con tapas)	1
15	El Departamento/UPSS dispone de medicamentos e insumos trazadores en condiciones de Normoestock para la atención Directa y de soporte a los pacientes.	1



3.1.4.4 Proceso de Control de la Gestión Clínica

La UPSS no han desarrollado el proceso de control gerencial de la gestión clínica, tercera etapa, y como es obvio al no disponer de un plan de gestión clínica en el 2017 no se puede medir, monitorear y mucho menos evaluar metas y objetivos porque no existieron, sin embargo, al margen del plan de gestión clínica una actividad que si se ha venido haciendo son la auditoría de registros y auditoría médicas, a los cuales su seguimiento fue muy débil y no permite medir el impacto de la actividad:

**Tabla N° 10
Proceso de Control de la Gestión Clínica 2018**

N°	ITEMS	Valor_01
	Resultado lista de chequeo N° 5	16.66%
EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD FORTALECE SUS ACCIONES DE CONTROL DE LA GESTIÓN CLÍNICA		
	Resultado del proceso de cumplimiento de las acciones de control de la Gestión Clínica	16.66%
1	Se realizan periódicamente Auditoría Médicas en coordinación con el área de calidad y el Comité de Auditoría Médica.	1
2	Se realizan seguimiento a la implementación de las recomendaciones de las Auditoría Médicas en coordinación con el área de calidad	0
3	El Departamento / UPSS cuenta con instrumentos de Monitoreo y Evaluación del desempeño de la Gestión Clínica y los aplica periódicamente.	0
4	El Departamento / UPSS ha suscrito Compromisos de Gestión con la Dirección General y la Jefatura de UPSS/<departamento.	0
5	El Departamento / UPSS rinde cuentas de sus avances y logros a su jefatura inmediata superior.	0
6	El Departamento / UPSS rinde cuentas de sus recursos asignados y metas físicas logradas con estos fondos	0

3.2 Identificación y priorización de problemas de las UPSS

3.2.1 Identificación de problemas

1. El gestor clínico que labora en la UPS no ha elaborado de manera participativa el Plan de Gestión Clínica de la UPS a partir del análisis de la situación.
2. Alta demanda de atención producida en los últimos años.
3. Escaso presupuesto asignado para la implementación de la gestión clínica
4. El HCH no cuenta con un Sistema de Información Integrado, moderno que le proporcione la información objetiva y oportuna para la toma de decisiones.
5. Débil mantenimiento preventivo y recuperativo de los equipos biomédicos.
6. Débil proceso de Mejora Continua de la Calidad.
7. Débil estandarización de la Práctica Clínica: Manuales de Procesos y Procedimientos (MPP) y Guías de Práctica Clínica (GPC) que requieren actualización y ausencia de Guías de Práctica Asistencial (GPA)



8. Altos tiempos de espera para la atención y para la dación de citas.
9. Débil Sistema de Referencia y Contrarreferencia.
10. Débiles instrumentos de monitoreo, supervisión, evaluación de indicadores del desempeño clínico.
11. Diferimiento prolongado para intervenciones quirúrgicas
12. Alta deserción de pacientes citados
13. Alta demanda de pacientes de prioridad III y IV en emergencia
14. Auditoría de la calidad en proceso de implementación.
15. Déficit presupuestal a la apertura del año
16. Déficit de reembolso de FISSAL
17. Disponibilidad de medicamentos e insumos insuficiente y tardía
18. Insumos y reactivos de laboratorio insuficientes
19. Personal de Salud desmotivado por escala salarial deficiente (CAS y Terceros)

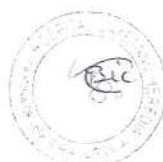
3.2.2 Priorización de problemas

La priorización se ha hecho mediante una matriz de priorización utilizando 5 criterios de evaluación:

**Tabla N° 11
Criterios de Priorización de Problemas**

N°	Problemas Identificados	Tamaño del grupo afectado	Trascendencia del problema	Frecuencia del problema	Factibilidad para mejorar	Interés y compromiso Equipo	Puntaje Total
01	Débil estandarización de la Práctica Clínica que afecta la calidad	4	4	4	3	3	18
02	Débiles instrumentos de monitoreo, supervisión, evaluación de indicadores del desempeño clínico	3	4	4	3	3	17
03	El HCH no cuenta con un Sistema de Información Integrado, moderno que le proporcione información objetiva y oportuna para la toma de decisiones.	4	4	3	3	3	17
04	Escaso presupuesto asignado y ejecutado para la implementación de la gestión clínica	4	4	3	3	3	17
05	Alta demanda de atención producida en los últimos años.	4	4	3	3	3	17
06	Altos tiempos de espera para la atención y para la dación de citas	4	3	3	4	3	17
07	El gestor clínico que labora en la UPS no elabora de manera participativa el Plan de Gestión Clínica a partir del análisis de la situación	3	3	3	3	4	16
08	Auditoría de la calidad en proceso de implementación	3	3	3	3	4	16
09	Débil proceso de Mejora Continua de la Calidad.	3	3	3	3	3	15
10	Débil mantenimiento preventivo y recuperativo de los equipos biomédicos	3	2	3	3	3	14
11	Débil Sistema de Referencia y Contrarreferencia.	2	3	3	3	3	14
12	Escasa producción científica institucional	2	3	3	3	3	14

Puntaje: 1 = Bajo; 2 = Mediano; 3 = Alto; 4 = Muy Alto



IV. MARCO ESTRATÉGICO NACIONAL Y SECTORIAL

El Hospital viene desarrollando su accionar en función a un Modelo de Gestión que tiene cuatro grandes perspectivas.

La perspectiva del paciente, que tiene como centro de la planificación y acción al paciente que representa su razón de ser, su misión institucional, la satisfacción de las necesidades y expectativas de los pacientes en el contexto de su familia y comunidad con calidad y oportunidad.

Para alcanzar este propósito es imprescindible y condición de éxito cumplir y ser excelentes en determinados procesos internos tanto en la función asistencial, administrativa, docencia e investigación en todos los niveles de gestión (gestión estratégica, gestión táctica y gestión operativa).

Esto corresponde al campo de la segunda perspectiva de este modelo de gestión, la **Perspectiva de los procesos internos**. Por otro lado, nada de esto sería posible si no logramos resultados desde el punto de vista financiero, esto significa hacer un buen uso de los recursos presupuestables disponibles, con transparencia, eficacia y sostenibilidad. Entramos al campo de la **Perspectiva Financiera**.

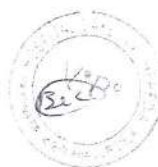
Finalmente, el país está desde hace más de 10 años en constante crecimiento y desarrollo, en constante cambio que obliga siempre estar a la vanguardia de estos procesos, aprendiendo y creciendo, desarrollando capacidades y tecnologías, innovando y creando condiciones para seguir avanzando en el cumplimiento de los objetivos y la misión institucional. Esto corresponde al ámbito de la **perspectiva del aprendizaje y crecimiento**

Estas cuatro perspectivas del Modelo de gestión del Hospital Cayetano Heredia, centrado en el paciente, se alinea estrictamente a sus objetivos generales contenido en su plan operativo anual del año 2018 y 2019 y orientan su accionar según sus principios y valores señalados en su marco estratégico institucional que a su vez se articular al marco estratégico sectorial contenido en el Plan Estratégico Sectorial Multianual del MINSA 2017-2021 (RM 367-2016/MINSA), donde además se señala la misión y visión sectorial, principios y valores, así como los lineamientos de política y objetivos estratégicos sectoriales al cual nos debemos y contribuimos como parte integrante del sector salud

En esta línea de articulación y tal como lo establece la Directiva CEPLAN, todos los esfuerzos que desarrollen los diferentes sectores del estado peruano deben seguir y estar articulado a la política nacional de modernización de la gestión del estado (DS 004-2013/PCM), que señala cinco ejes de reforma:

- Políticas Pública y desarrollo de planes estratégicos
- Presupuesto por resultado "PPR"
- Gestión por procesos y simplificación administrativa
- Servicio civil meritocrático
- Monitoreo y evaluación de la gestión

Estos ejes de reforma se deben desarrollar en el contexto de un gobierno abierto, transparente, electrónico (usar la tecnología para acercar los servicios al ciudadano) y que valore a los recursos humanos como el potencial y principal recurso para generar y llevar a cabo estos cambios estructurales, denominados Gestión del Cambio.



En este contexto el Hospital Cayetano Heredia enmarca el presente Plan de Gestión en los siguientes referentes:

- El Acuerdo Nacional
- Plan Bicentenario: El Perú hacia el 2021
- Plan Nacional Concertado de Salud al 2020
- Lineamientos de Política de Salud al 2020
- Plan Estratégico Sectorial Multianual 2017-2021
- Plan Operativo Anual 2018 del HCH

Figura N° 06

Marco estratégico nacional, sectorial e institucional del Modelo de gestión del Hospital Cayetano Heredia



MARCO ESTRATÉGICO NACIONAL

VI.1 ACUERDO NACIONAL:

Las políticas están dirigidas a alcanzar cuatro grandes objetivos:

- Democracia y Estado de Derecho
- Equidad y Justicia Social
- Competitividad del País
- Estado Eficiente, Transparente y Descentralizado

Décimo Tercera Política de Estado

Acceso Universal a los Servicios de Salud y a la Seguridad Social

Nos comprometemos a asegurar las condiciones para un acceso universal a la salud en forma gratuita, continua, oportuna y de calidad, con prioridad en las zonas de concentración de pobreza y en las poblaciones más vulnerables. Nos comprometemos también a promover la participación ciudadana en la gestión y evaluación de los servicios públicos de salud.



Políticas de Estado

Con este objetivo el Estado:

- a) Potenciará la promoción de la salud, la prevención y control de enfermedades transmisibles y crónico degenerativas;
- b) Promoverá la prevención y el control de enfermedades mentales y de los problemas de drogadicción;
- c) Ampliará el acceso al agua potable y al saneamiento básico y controlará los principales contaminantes ambientales;
- d) Desarrollará un plan integral de control de las principales enfermedades emergentes y re-emergentes, de acuerdo con las necesidades de cada región; (e) promoverá hábitos de vida saludables;
- e) Ampliará y descentralizará los servicios de salud, especialmente en las áreas más pobres del país, priorizándolos hacia las madres, niños, adultos mayores y discapacitados;
- f) Fortalecerá las redes sociales en salud, para lo cual garantizará y facilitará la participación ciudadana y comunitaria en el diseño, seguimiento, evaluación y control de las políticas de salud, en concordancia con los planes locales y regionales correspondientes; Políticas de Estado
- g) Promoverá la maternidad saludable y ofrecerá servicios de planificación familiar, con libre elección de los métodos y sin coerción;
- h) Promoverá el acceso gratuito y masivo de la población a los servicios públicos de salud y la participación regulada y complementaria del sector privado;
- i) Promoverá el acceso universal a la seguridad social y fortalecerá un fondo de salud para atender a la población que no es asistida por los sistemas de seguridad social existentes;
- j) Desarrollará políticas de salud ocupacionales, extendiendo las mismas a la seguridad social;
- k) Incrementará progresivamente el porcentaje del presupuesto del sector salud;
- l) Desarrollará una política intensa y sostenida de capacitación oportuna y adecuada de los recursos humanos involucrados en las acciones de salud para asegurar la calidad y calidez de la atención a la población;
- m) Promoverá la investigación biomédica y operativa, así como la investigación y el uso de la medicina natural y tradicional; y
- n) Restablecerá la autonomía del Seguro Social.

VI.2 PLAN BICENTENARIO

El Perú hacia el 2021 considera seis objetivos estratégicos nacionales:

- 1) Un Estado basado en la plena vigencia de los derechos fundamentales y el respeto a la dignidad de las personas.
- 2) Una economía competitiva basada en la generación masiva de empleos con alta productividad.
- 3) Una economía que ofrezca igualdad de oportunidades y acceso irrestricto a los servicios.



- 4) Desarrollo de una infraestructura adecuada y distribuida adecuadamente entre las regiones.
- 5) Lograr desde el Estado una gestión pública eficiente que facilite la gobernabilidad y llegue a todos los sectores de la sociedad y rincones del país: • Que provea servicios de educación y de salud de calidad.

VI.3 PLAN NACIONAL CONCERTADO DE SALUD 2007-2020

LINEAMIENTOS DE POLÍTICA DE SALUD 2007 – 2020:

- 1) Atención integral de salud a la mujer y el niño privilegiando las acciones de promoción y prevención.
- 2) Vigilancia, prevención, y control de las enfermedades transmisibles y no transmisibles.
- 3) Aseguramiento Universal.
- 4) Descentralización de la función salud al nivel del Gobierno Regional y Local
- 5) Mejoramiento progresivo del acceso a los servicios de salud de calidad.
- 6) Desarrollo de los Recursos Humanos
- 7) Medicamentos de calidad para todos/as.
- 8) Financiamiento en función de resultados.
- 9) Desarrollo de la rectoría y del sistema de información en salud.
- 10) Participación Ciudadana en Salud.
- 11) Mejora de los otros determinantes de la Salud

VI.4 PLAN ESTRATÉGICO SECTORIAL MULTIANUAL 2017-2021

- 1) Contribuir con la salud de la población
- 2) Ampliar la cobertura de Aseguramiento para la protección en salud de la población
- 3) Ejercer la rectoría y gobernanza del sistema de salud en beneficio de la población.

VI.5 PLAN OPERATIVO ANUAL 2019

Objetivos Generales

- 1) Fortalecer la gestión institucional y la rectoría del MINSA en el marco de la Política Nacional de Modernización de la gestión del estado.
- 2) Garantizar y mejorar de forma continua el cuidado de la salud y la calidad de atención de los servicios de salud
- 3) Asegurar la disponibilidad, competencias y distribución de los recursos humanos en salud
- 4) Fortalecer la capacidad de alerta y respuesta del sistema de salud



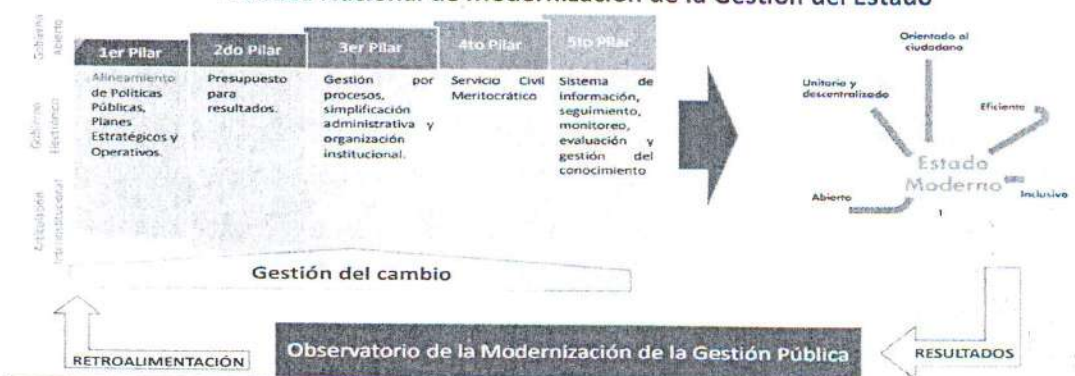
VI.6 POLÍTICA NACIONAL DE MODERNIZACIÓN DE LA GESTIÓN DEL ESTADO

El Ministerio de Salud en el marco de la Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública, orienta su gestión institucional a la adopción paulatina de la gestión por procesos, que contribuya a mejorar la calidad, eficiencia, eficacia, oportunidad y transparencia de los bienes y servicios que brinda el Ministerio de Salud y sus diferentes entidades que la conforman como el Hospital Vitor Larco Herrera

Con esa visión de Estado Moderno, se plantea emprender un proceso de cambio y reforma integral de la gestión pública, a nivel gerencial y operacional, que pueda afrontar la debilidad estructural del aparato estatal para cumplir sus objetivos y así, pasar de una administración pública que se mira a sí misma, a una enfocada en la obtención de resultados para los ciudadanos. En tal sentido es que se plantea el impulso del proceso de modernización de la gestión pública, sostenido y con perspectiva de largo plazo, implicando para todas las entidades la realización de acciones orientadas a incrementar los niveles de eficiencia y eficacia en la gestión pública, de modo que ésta pueda cumplir con sus funciones institucionalmente asignadas destinadas a servir más y mejor a los ciudadanos.

Figura N° 07

Política Nacional de Modernización de la Gestión del Estado



MARCO ESTRATÉGICO SECTORIAL

El Sector Salud cuenta actualmente con un marco estratégico, el mismo que fue construido de manera participativa, concertada y bajo enfoques y principios rectores en materia de salud. A la fecha, el marco estratégico se basa en la Visión y Objetivos trazados en el Plan Nacional Concertado en Salud 2007-2020 y en la perspectiva de la Reforma del Sector Salud que se viene impulsando con la finalidad de lograr los objetivos, metas y fines propuestos. Corresponde presentar en primera instancia el marco estratégico sectorial, el mismo que el Hospital Cayetano Heredia, como entidad del MINSA, lo hace suyo y alinea su marco estratégico institucional, según funciones y competencias asignadas por la norma vigente.

El marco estratégico sectorial marca la direccionalidad política del sector para los próximos 5 años, según se señala en el Plan Estratégico Sectorial Multianual "PESEM 2017-2021". Este marco recoge en su diseño los siguientes referentes: Misión, Visión y Objetivos Estratégicos Sectoriales



Figura N° 08

Marco Estratégico Sectorial descrito en el PESEM 2017-2021 del MINSA

MARCO ESTRATÉGICO SECTORIAL: PESEM 2017-2021, PEI MINSA (RM N° 367-2016/MINSA)

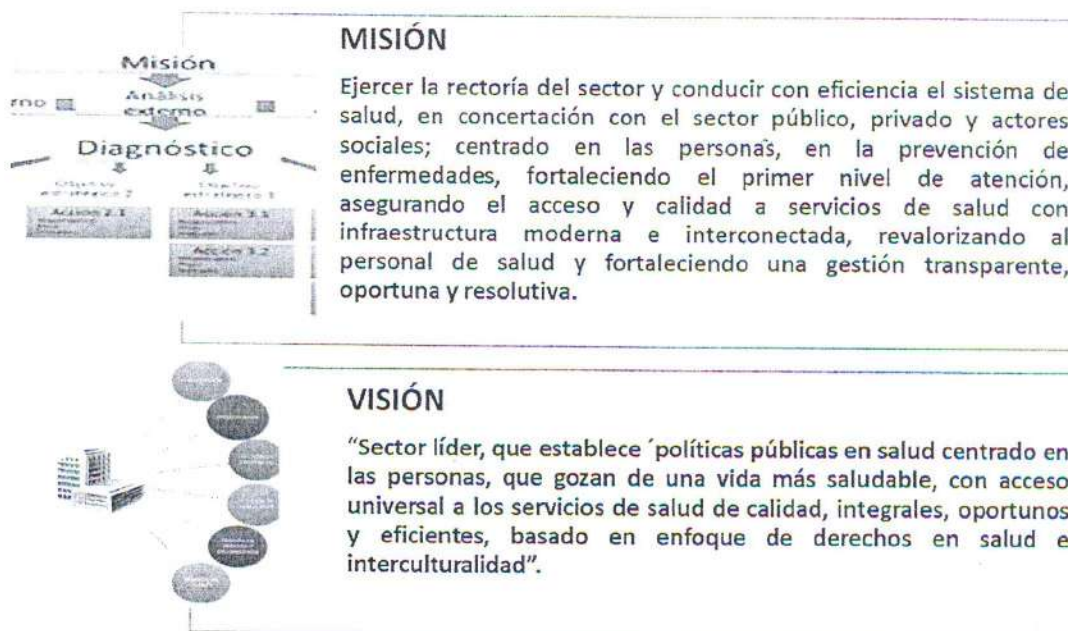
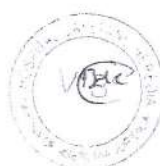


Tabla N° 12

Objetivos Estratégico Sectorial y Acciones Estratégicas del PESEM 2017-2021 del MINSA

O. ESTRATÉGICOS:	ACCIONES ESTRATÉGICAS
1.- Mejorar la salud de la población.	- Reducir la Mortalidad Materna y Neonatal - Reducir la Desnutrición Infantil y Anemia - Controlar las enfermedades transmisibles - Disminuir las enfermedades no transmisibles - Reducir los riesgos y/o lesiones ocasionadas por factores externos
2.- Ampliar la cobertura de aseguramiento para la protección en salud de la población.	- Incrementar la cobertura de aseguramiento público de la población pobre y pobreza extrema. - Expandir la oferta de servicios de salud. - Modernizar la gestión de los servicios de salud. - Generar capacidades para el desarrollo e implantación de tecnologías, investigación e información sanitaria.
3.- Ejercer la rectoría y gobernanza del Sistema de Salud en beneficio de la población.	- Fortalecer la Auditoría Sanitaria. - Fortalecer la promoción, protección y restitución de derechos. - Crear e implementar el Sistema de Monitoreo y Evaluación de Políticas en Salud Pública y de las Políticas Públicas con impacto en la Salud Pública. - Reforzar los arreglos inter institucionales para la gestión Multisectorial y Territorial.



V. MARCO ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL²

Objetivos del Plan de Gestión Clínica 2019

Objetivos General

Reorientar la atención médica a satisfacer las necesidades de los usuarios a través de buenas prácticas clínicas, trabajo en equipo, e integración del proceso de atención médica a la gestión de recursos para obtener los resultados en eficacia, eficiencia y calidad de los servicios claramente percibidos por los usuarios.

Objetivos Específicos

- Fortalecer los procesos asistenciales para brindar una atención médica efectiva, eficiente, ética, segura y de alta calidad, así como procurar una mayor equidad y accesibilidad a los servicios de salud a la población usuaria.
- Impulsar la autonomía de la gestión de los recursos humanos, materiales y presupuestales.
- Fortalecer las acciones de calidad de los servicios.
- Fortalecer los procesos de control de la gestión clínica (AUTOEVALUACIÓN: Cuidados médicos, procedimientos de diagnóstico-terapéuticos, recursos utilizados y resultados clínicos)

Tabla N° 13

Articulación de los Objetivos Institucionales con el Plan de Gestión Clínica

Objetivos del Plan Estratégico Multianual 2017-2021 PESEM	Objetivos del Plan Operativo Anual 2013	Objetivos del Plan de Gestión Clínica 2017
Objetivo Estratégico Específico N° 01 Contribuir con la salud de la población	Objetivo General N° 02: Garantizar y mejorar de forma continua el cuidado de la salud y la calidad de atención de los servicios de salud	Objetivo General: Reorientar la atención médica a satisfacer las necesidades de los usuarios a través de buenas prácticas clínicas, trabajo en equipo, e integración del proceso de atención médica a la gestión de recursos para obtener los resultados en eficacia, eficiencia y calidad de los servicios claramente percibidos por los usuarios.

VI. Actividades

Para cumplir con los objetivos y en el marco de los Objetivos Estratégicos señaladas se han definido una serie de actividades de orden administrativo y asistencial de nivel gerencial directivo y operativo, con responsables, metas y cronograma, que se describen en las matrices respectivas.

² Extraído del PEI HCH 2012-2016 Resolución Directoral N°



VII. Monitoreo y Evaluación

Para medir los avances e impacto de las acciones e intervenciones programadas en el Plan de Gestión Clínica se han preparado Indicadores de proceso, resultado e impacto, en el corto y mediano plazo en las matrices correspondientes

VIII. Responsabilidades

- 8.1 **Dirección General y Dirección Adjunta:** Deberá aprobar y difundir este Documento Técnico denominado: Plan de Gestión Clínica 2018 del HCH.
- 8.2 **Dirección Adjunta:** Monitorizar, supervisar y evaluar el presente Documento Técnico.
- 8.3 **UPSS:** Ejecutar las actividades que le corresponden según la responsabilidad indicada en el Cronograma de Gantt.
- 8.4 **Oficina de Estadística e Informática:** Deberá calcular y reportar los indicadores definidos en este Documento Técnico.

IX. Bibliografía

- Fundamentos de Gestión Clínica, Instituto Mexicano del Seguro Social, Área de apoyo a la gestión, 2014
- Oteo, Luis Ángel. Gestión Clínica: Desarrollo e Instrumentos. Díaz de Santos. Madrid. 2006
- Oteo, Luis Ángel. Gestión Clínica: Gobierno Clínico. Díaz de Santos. Madrid. 2006
- Oficina de Estadística e Informática. Informe Mensual de Indicadores de Gestión. HCH Lima 2017
- Oficina de Epidemiología. Análisis de Situación de Salud. HCH Lima 2016
- GESTIÓN CLÍNICA: EL NUEVO RETO PARA LA MODERNIZACIÓN DE LA GESTIÓN SANITARIA. NOTICIAS DE: Smithkline Beecham.
- Sevilla Pérez F. Gestión Clínica: la gestión de lo esencial como una estrategia de reforma en el Sistema Nacional de Salud. Rev Admin Sanit (Esp) 2000;IV(13):81-3. 4.
- Serría Santamaría A. Rodríguez Pérez P. Variabilidad en la práctica clínica. En Gestión Sanitaria: innovaciones y desafíos. Masson, Barcelona 1998;25:513-25.
- Gestión Clínica: El Nuevo reto para la Modernización de la Gestión Sanitaria. <http://www.el-mundo.es/anuncios/GrupoSB/noticia.html> (acceso 03 octubre 2002).
- Marrón Gallardo A., J Jiménez. La gestión clínica: fundamentos y requisitos. Todo Hospital: 1995;118: 15-17
- Martínez Olmos J. ¿Qué puede aportar la gestión clínica al futuro de los servicios sanitarios? Medicina de Familia 2001; 2: 161-4.
- Mora Martínez JR. Gestión clínica por procesos: mapa de procesos de enfermería en centros de salud. Revista de Administración Sanitaria 2002; 21: 135-159
- Varo J. La auditoría del proceso asistencial. Manual de Gestión para Jefes de Servicios Clínicos. Cap. III, pp 189-211. MSD.1997. Madrid.



X. Anexos

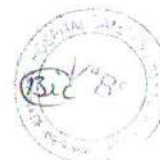
- Anexo N° 01** Matriz de Actividades del Plan de Gestión Clínica, periodo 2019 del Hospital Cayetano Heredia
- Anexo N° 02** Lista de Indicadores del Plan de Gestión Clínica, periodo 2019 del Hospital Cayetano Heredia
- Anexo N° 03** Lista de acrónimos y abreviatura



Anexo N° 01

Matriz de Actividades del Plan de Gestión Clínica, periodo 2019 del Hospital Cayetano Heredia

Objetivo General		Reorientar la atención médica a satisfacer las necesidades de los usuarios a través de buenas prácticas clínicas, trabajo en equipo, e integración del proceso de atención médica a la gestión de recursos para obtener los resultados en eficacia, eficiencia y calidad de los servicios claramente percibidos por los usuarios.											
Objetivo Específico N° 01		Fortalecer los procesos asistenciales para brindar una atención médica efectiva, eficiente, equitativa, segura, oportuna y humana a los servicios de salud a la población usuaria											
N°	ACTIVIDADES	UNIDAD DE MEDIDA	RESPONSABLE	CRONOGRAMA									
				E	F	M	A	M	J	J	A	S	O
01	El personal de salud aplica la normatividad de HC: llenado completo. Uso de formato de consentimiento informado, etc	Informe	UPSS/Oficina de Calidad	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
02	El personal profesional aplica procedimientos y atención según Guías de Práctica Clínica o Guías Nacionales	Informe	UPSS/Oficina de Calidad	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
03	El tiempo de espera entre la llegada a la Sala de Espera y la atención en Consulta Externa no es mayor a 30 minutos.	Informe	UPSS/Oficina de Calidad	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
04	Pacientes en Sala de Observación de Emergencia presentan menos de 12 horas de estancia.	Reporte Estadística	UPSS/Oficina Estadística	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
05	El Tiempo de Espera de Emergencia es Prioridad I (0 min), Prioridad II (< 10min) y Prioridad III (< 20min).	Reporte Estadística	UPSS/Oficina Estadística	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
06	Se cumple con la normatividad de la Estancia Hospitalaria promedio de 6-8 días	Reporte Estadística	UPSS/Oficina Estadística	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
07	Se cumple con la normatividad de aislamiento hospitalario.	Reporte Estadística	UPSS/Oficina Estadística	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
08	Desarrollo de un trabajo de Investigación en el servicio en coordinación con la Dirección de Investigación	Informe	UPSS/Oficina de Investigación						X	X	X	X	X
10	Recetas son escritas en DCI (forma de presentación, concentración, número de unidades y forma de administración (VO, EV, IM).	Informe	UPSS/Farmacia	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X



Anexo N° 01

Matriz de Actividades del Plan de Gestión Clínica, periodo 2019 del Hospital Cayetano Heredia

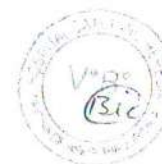
Objetivo General		Reorientar la atención médica a satisfacer las necesidades de los usuarios a través de buenas prácticas clínicas, trabajo en equipo, e integración del proceso de atención médica a la gestión de recursos para obtener los resultados en eficacia, eficiencia y calidad de los servicios claramente percibidos por los usuarios.											
Objetivo Específico N° 01		Fortalecer los procesos asistenciales para brindar una atención médica efectiva, eficiente, equitativa, segura, oportuna y humana a los servicios de salud a la población usuaria											
N°	ACTIVIDADES	UNIDAD DE MEDIDA	RESPONSABLE	CRONOGRAMA									
				E	F	M	A	M	J	J	A	S	O
11	Los residuos sólidos son colocados en tachos con tapa según tipo (bolsa negra, amarilla y roja).	Documento	UPSS/Oficina de Epid	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
12	Los materiales punzocortantes son dispuestos en envase rígido, y las agujas no son reencapuchadas.	Informe	UPSS/Oficina de Epid	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
13	Personal de salud se lava las manos entre paciente y paciente de manera adecuada	Documento	UPSS/Oficina de Epid	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
14	Uso de guantes y EPP (venipunturas manipula sangre, fluidos corporales, membranas mucosas o piel no intacta)	Documento	UPSS/Oficina de Epid	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
15	Se cumplen procesos de lavado quirúrgico.	Informe	UPSS/C. Quirúrgico	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
16	Aplicación Gestión del Riesgo	Informe	UPSS/Oficina de Emeg	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
17	Aplicación del Plan de Seguridad del Paciente	Informe	UPSS/Of. de Calidad	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
18	Implementación de MOBUS (orientadores, material IEC, entre otros	Informe	UPSS/Of. de Calidad	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
19	Seguimiento al Buzón de Quejas y Sugerencias	Informe	UPSS/Of. de Calidad	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
20	Desarrollo de Focus Grup con Pacientes	Informe	UPSS/Of. de Calidad	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
21	Aplicación del Decálogo del Buen Trato: Privacidad, información, trato amable, etc	Informe	UPSS/Of. de Calidad	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
22	Monitoreo del buen trato a través de encuestas de satisfacción de usuario en la dimensión EMPATÍA	Informe	UPSS/Of. de Calidad	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X



Anexo N° 01

Matriz de Actividades del Plan de Gestión Clínica, periodo 2019 del Hospital Cayetano Heredia

Objetivo General		Reorientar la atención médica a satisfacer las necesidades de los usuarios a través de buenas prácticas clínicas, trabajo en equipo, e integración del proceso de atención médica a la gestión de recursos para obtener los resultados en eficacia, eficiencia y calidad de los servicios claramente percibidos por los usuarios.													
Objetivo Específico N° 01		Fortalecer los procesos asistenciales para brindar una atención médica efectiva, eficiente, equitativa, segura, oportuna y humana a los servicios de salud a la población usuaria													
N°	ACTIVIDADES	UNIDAD DE MEDIDA	RESPONSABLE	CRONOGRAMA											
				E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
23	El personal cuenta con los equipos de protección personal respectivos para cada etapa del proceso de ATENCIÓN	Informe	UPSS/Oficina de Epid	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
24	El SERVICIO cuenta con las condiciones mínimas de funcionamiento en infraestructura, equipamientos, materiales e insumos	Informe	UPSS/Sub Dirección	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
25	Se cumple doble horario atención (mañana y tarde).	Acta	UPSS/Of de RH	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
26	Rápida Atención en Farmacia, Laboratorio, DPI	Informe	UPSS/Farmacia	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
27	Se cumple con el 95% de las Cirugías Programadas	Reporte Est	UPSS/C. Quirúrg	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
28	Los residuos sólidos de Nutrición se almacenan y acondicionan en el área donde hayan sido generados	Informe	UPSS/Oficina de Epid	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
29	Se brinda alimentación exclusivamente a los pacientes hospitalizados y al personal que se encuentre de guardia	Informe	UPSS/Nutrición	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
30	Farmacotecnia desarrolla actividades de preparación de mezclas parenterales y enterales, elaboración de fórmulas magistrales y preparados oficinales, acondicionamiento de productos farmacéuticos	Informe	UPSS/Farmacia	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
31	Los procesos de ESTERILIZACIÓN están centralizados (limpieza, preparación, empaque, esterilizac, almacenamiento)	Informe	UPSS/C. Esterilización	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
32	El personal que realiza los procesos de desinfección y esterilización cumple con el flujo unidireccional desde la recepción hasta la distribución del material y equipos estériles.	Informe	UPSS/Of. Calidad	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X



Anexo N° 01

Matriz de Actividades del Plan de Gestión Clínica, periodo 2019 del Hospital Cayetano Heredia

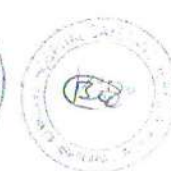
Objetivo General		Reorientar la atención médica a satisfacer las necesidades de los usuarios a través de buenas prácticas clínicas, trabajo en equipo, e integración del proceso de atención médica a la gestión de recursos para obtener los resultados en eficacia, eficiencia y calidad de los servicios claramente percibidos por los usuarios.													
Objetivo Específico N° 02		Impulsar la autonomía gradual de la gestión de los recursos y organización de los servicios de salud													
N°	ACTIVIDADES	UNIDAD DE MEDIDA	RESPONSABLE	CRONOGRAMA											
				E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
01	El Departamento/UPSS trabaja en el Cumplimiento de los Estándares de Acreditación	Informe	UPSS/Oficina de Calidad						X						X
02	El Departamento/UPSS trabaja en la Elaboración y aplicación de Proyectos de Mejora Continua	Proyectos	UPSS/Oficina de Calidad						X						
03	Aplicación de Encuestas de Satisfacción de Usuario Externo	Reporte	UPSS/Of de Calidad						X						X
04	El Departamento/UPSS cuenta con las Guías de Práctica Clínica aprobadas y disponibles para las 10 patologías más frecuentes, en correspondencia a la categoría del ES.	Resolución Directoral	UPSS/Oficina de Calidad						X						
05	Diseño, validación y aprobación de los Manuales de Procedimiento Médico y manual de proceso de atención (flujos) más frecuente del servicio.	Resolución Directoral	UPSS/Oficina de Calidad						X						
06	Medición de Tiempos de Espera en farmacia, Laboratorio, Admisión Consulta Externa	Informe	UPSS/Oficina de Calidad				X			X			X		
07	Implementación del Plan cero Colas en Consulta Externa, Farmacia, Laboratorio	Informe	UPSS/Oficina de Calidad						X						X
08	Funcionamiento en Red con los establecimientos del primer y segundo nivel de atención "RISS"	Informe	UPSS/Sub Dirección						X						X
09	Libro de Registro de Cirugía está llenado de manera legible y firmado por los médicos responsables con nombre completo y CMP, de acuerdo a normatividad en Centro Quirúrgico, Centro Obstétrico y UCI.	Acta	UPSS/Centro Quirúrgico				X			X			X		



Anexo N° 01

Matriz de Actividades del Plan de Gestión Clínica, periodo 2019 del Hospital Cayetano Heredia

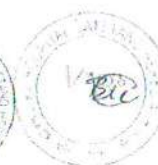
Objetivo General		Reorientar la atención médica a satisfacer las necesidades de los usuarios a través de buenas prácticas clínicas, trabajo en equipo, e integración del proceso de atención médica a la gestión de recursos para obtener los resultados en eficacia, eficiencia y calidad de los servicios claramente percibidos por los usuarios.													
Objetivo Específico N° 02		Impulsar la autonomía gradual de la gestión de los recursos y organización de los servicios de salud													
N°	ACTIVIDADES	UNIDAD DE MEDIDA	RESPONSABLE	CRONOGRAMA											
				E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
10	El Hospital tiene implementado un Sistema de Dispensación de Medicamentos en Dosis Unitaria (SDMDU).	Informe	UPSS/Farmacia						X						X
11	Existe un Sistema de Citas en consultorio externo.	Reportes	UPSS/Of Estadística	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
12	El departamento y/o UPSS tiene definido que hacer en caso un profesional médico no asiste, según programación	Reporte	UPSS/Of de RRHHd	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
13	El departamento y/o UPSS supervisa el inicio del horario de atención y permanencia periódicamente.	Reporte	UPSS/Of de RRHHd	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
14	El departamento y/o UPSS se reúne periódicamente para analizar sus indicadores asistenciales y administrativos	Acta	UPSS/Sub Dirección	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
15	El departamento y/o UPSS cuenta con documentos de gestión actualizados (MOF, PGC, MAPRO, entre otros)	Documentos	UPSS/Sub Dirección				X								
16	El departamento y/o UPSS cumple con las condiciones mínimas de infraestructura, equipamiento, recursos humanos, medicamentos e insumos conforme a la Norma Técnica de Categorización	Informe	UPSS/Servicios Generales						X						X
17	Identificación de las brechas de infraestructura y equipamiento de las UPSS de atención directa y de soporte así como su plan de mejora	Informe	UPSS/Sub Dirección						X						X



Anexo N° 01

Matriz de Actividades del Plan de Gestión Clínica, periodo 2019 del Hospital Cayetano Heredia

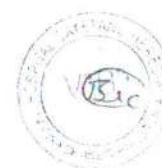
Objetivo General		Reorientar la atención médica a satisfacer las necesidades de los usuarios a través de buenas prácticas clínicas, trabajo en equipo, e integración del proceso de atención médica a la gestión de recursos para obtener los resultados en eficacia, eficiencia y calidad de los servicios claramente percibidos por los usuarios.													
Objetivo Específico N° 02		Impulsar la autonomía gradual de la gestión de los recursos y organización de los servicios de salud													
N°	ACTIVIDADES	UNIDAD DE MEDIDA	RESPONSABLE	CRONOGRAMA											
				E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
18	Identificación del listado de equipos obsoletos, inoperativos y malogrados y solicita su baja a la Dirección de Logística	Informe	UPSS/Of. Administración			X									
19	Identificación de las necesidades de Mantenimiento Preventivo y Recuperativo de equipos biomédicos y de Infraestructura y se ha elevado a la Oficina de Logística	Informe	UPSS/Of. Administración	X	X	X									
20	Identificación de las Brechas de Recursos Humanos en las UPSS del Hospital y hecho su requerimiento de cierre	Informe	UPSS/Of de RRHHd	X	X	X									
21	Identificación de manera participativa el cuadro de necesidades de capacitación del Recurso Humanos en las UPSS y se ha solicitado su incorporación en el Plan de desarrollo de las Personas del Hospital	Informe	UPSS/Of de RRHHd	X	X	X									
22	Pasantías y capacitaciones de los profesionales del servicio para fortalecer sus competencias	Informe	UPSS/Of de RRHHd				X				X			X	
23	Ejecución de gastos de acuerdo a actividades y productos programados en el plan operativo institucional	Acta	UPSS/Sub Dirección	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
24	Análisis de los Reporte de información financiera y presupuesto	Reporte SIAF	UPSS/Sub Dirección	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
25	Realización de la proyección de necesidades de medicamentos de acuerdo al perfil de demanda	Informe	UPSS/Dpto Farmacia	X	X	X									
26	Disposición de los medicamentos e insumos necesarios para la atención en su servicio	Reporte ICI	UPSS/Dpto Farmacia	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	



Anexo N° 01

Matriz de Actividades del Plan de Gestión Clínica, periodo 2019 del Hospital Cayetano Heredia

Objetivo General		Reorientar la atención médica a satisfacer las necesidades de los usuarios a través de buenas prácticas clínicas, trabajo en equipo, e integración del proceso de atención médica a la gestión de recursos para obtener los resultados en eficacia, eficiencia y calidad de los servicios claramente percibidos por los usuarios.											
Objetivo Específico N° 03		Fortalecer los procesos de control de la gestión clínica (monitoreo, supervisión, evaluación, auditoría)											
N°	ACTIVIDADES	UNIDAD DE MEDIDA	RESPONSABLE	CRONOGRAMA									
				E	F	M	A	M	J	J	A	S	O
01	Vigilancia de la Adherencia a las Guías de Práctica Clínica a través de la Auditorías Médicas	Informe	UPSS/Oficina de Epidemiol				X			X			X
02	Diseño y Suscripción de Acuerdos y/o Compromisos de Gestión entre la Dirección General y las UPSS.	Resolución Directoral	UPSS/Sub Dirección			X							
03	Monitoreo y Evaluación del Plan de Gestión Clínica periódicamente. Análisis de Indicadores de Procesos y Resultados clínicos a través de los acuerdos de Gestión.	Informe	UPSS/Sub Dirección				X			X			X
04	El establecimiento de Salud tiene implementado un mecanismo de monitoreo de la prescripción de los medicamentos en DCI.	Informe	UPSS/Dpto Farmacia			X			X			X	
05	El establecimiento de Salud tiene implementado un mecanismo de monitoreo del uso de la Receta Única Estandarizada (RUE) y la Receta Especial	Informe	UPSS/Dpto Farmacia			X			X			X	
06	El establecimiento de Salud realiza el monitoreo de la prescripción de los medicamentos en el marco del Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales.	Informe	UPSS/Dpto Farmacia			X			X			X	
07	El establecimiento de Salud tiene implementado el proceso de reporte y evaluación de las sospechas de Reacciones Adversas a Medicamentos (RAM).	Informe	UPSS/Dpto Farmacia			X			X			X	
08	Retroalimentación de los resultados de los procesos de monitoreo y evaluación a todo el personal de las UPSS involucradas	Informe	UPSS/Sub Dirección				X			X			X
09	Auditoría de registro, auditoría médica y auditoría de caso según corresponda	Informe	UPSS/Oficina de Calidad			X			X			X	



Anexo N° 01

Matriz de Actividades del Plan de Gestión Clínica, periodo 2019 del Hospital Cayetano Heredia

Objetivo General		Reorientar la atención médica a satisfacer las necesidades de los usuarios a través de buenas prácticas clínicas, trabajo en equipo, e integración del proceso de atención médica a la gestión de recursos para obtener los resultados en eficacia, eficiencia y calidad de los servicios claramente percibidos por los usuarios.											
Objetivo Específico N° 03		Fortalecer los procesos de control de la gestión clínica (monitoreo, supervisión, evaluación, auditoría)											
N°	ACTIVIDADES	UNIDAD DE MEDIDA	RESPONSABLE	CRONOGRAMA									
				E	F	M	A	M	J	J	A	S	O
10	Retroalimentación de los resultados de las Auditoría Médica realizadas a todo el personal involucrado de las UPSS	Informe	UPSS/Sub Dirección				X			X			X
11	Seguimiento a la implementación de las recomendaciones de las Auditorías realizadas	Resolución Directoral	UPSS/Sub Dirección				X			X			X
12	Diseño y uso de Tableros de Comando Integral	Informe	UPSS/Sub Dirección				X	X					
13	Aplicación de Reconocimientos y/o estímulos para UPSS que alcanzaron las metas esperadas.	Informe	UPSS/Sub Dirección										X



Anexo N° 02

Lista de Indicadores de Monitoreo y Evaluación de Compromiso de Gestión
entre la DG-HCH y las D-UPSS/Departamento
PERSPECTIVA DEL PACIENTE

N°	INDICADOR DE CALIDAD	VU	PRECAUSIÓN	VE
01	% Satisfacción de Usuario Externo en Consulta Externa	<50%	>=50%	>=60%
02	% Satisfacción de Usuario Externo en Emergencia	<50%	>=50%	>=60%
03	% Satisfacción de Usuario Externo en Hospitalización	<50%	>=50%	>=60%
04	Disminución de Tiempos de Espera en Consulta Externa	>100 min	<=100 min	<=70 min
05	Diferimiento para sacar cita en Consulta Externa	>40 días	<=40 días	<=30 días
06	% de disponibilidad de Medicamentos	>60%	<=60%	<=65%
07	% de recetas atendidas	>60%	<=60%	<=90%
08	% de pacientes en Sala de Observación >= 12 horas	>10%	<=10%	0%
09	% de atenciones para Prioridad I y II en Emergencia	<50%	>=50	>=60%
10	Tiempo de espera para atención de Prioridad II	>15 min	<=15 min	<=10 min
11	% de Infecciones Intrahospitalarias	>10%	<=10%	<=7%
12	Tasa Neta de Mortalidad (Factor: 100)	>10%	<=10%	<=3%
13	% de reingresos en Emergencia	>40%	<=40%	<=30%
14	% de cirugías programadas suspendidas	>10%	<=10%	<=5%
15	% de complicaciones quirúrgicas	>5%	<=5%	<=0%
16	% de solicitudes de Radiografías de pacientes SIS procedentes de Consultorio Externo	<60%	>=60	>=90%
17	% de solicitudes de Exámenes de Laboratorio de pacientes SIS procedentes de Consultorio Externo	<60%	>=60	>=90%



Anexo N° 02
Lista a de Indicadores de Monitoreo y Evaluación de Compromiso de Gestión
entre la DG- HCH y las D-UPSS/Departamento
PERSPECTIVA DEL PACIENTE

N°	INDICADOR DE EFICIENCIA	VU	PREC	VE
01	Productividad Hora Medico	a 1 V.E.	a 0.5 V.E.	3-4
02	Grado de Cumplimiento de Hora Médico	<80%	>=80%	100%
03	Utilización de los Consultorios (Médicos)	<1.5	1.5	2
04	Prom. de Análisis de Laboratorio por C. E.	>2	2	1.5
05	Promedio de Permanencia	<4 Y >8	a 1 V.E.	5-7
06	Intervalo de Sustitución cama	>2.00	2.00	1.5
07	Porcentaje Ocupación de Camas	<70%	>=70%	>=80%
08	Rendimiento Cama	<2 Y >6	a 1 V.E.	3-5
09	Razón de Emergencias por C. E.	>0.15	<=0.15	<=0.13
10	Grado de Resolutividad del Estab. de Salud	>10%	<=10%	<=5%
11	La patología más frecuente de la Consulta Externa Especializada, corresponde a su nivel de complejidad.	<60%	>=60	>=70%
12	% de variabilidad Clínica en Hospitalización	>40%	<=40	<=30%
13	% de ejecución de las meta física y financiera de los PPR adecuada a la programación.	<60%	>=60%	80%
14	Rendimiento de Sala de Operaciones	<60	>60	90
15	% de cumplimiento de las buenas prácticas de Almacenamiento	<80	>80	90
16	Promedio de permanencia en UCI.	>15	<=15	<=8
17	Porcentaje de ocupación de camas en UCI.	<70%	>=70%	>=80%
18	Rendimiento de Cama en UCI.	<2 Y >6	a 1 V.E.	3-5
19	Tasa de Cesárea	>45	<=45	<=30%
20	Cobertura de Partos			



Anexo N° 02
**Lista de Indicadores de Monitoreo y Evaluación de Compromiso de Gestión
entre la DG- HCH y las D-UPSS/Departamento
PERSPECTIVA DE LOS PROCESOS INTERNOS**

N°	INDICADOR DE PROCESOS INTERNOS	VU	PREC	VE
01	▪ % de GPC actualizadas y aprobadas de las patologías más frecuentes	< 60%	>= 60%	>=80%
02	▪ % de Adherencia a las GPC de los daños o patologías más frecuentes de la UPSS	< 60%	>= 60%	>=80%
03	▪ % de Resolutividad de las referencias	>10%	<= 10%	<=5%
04	▪ % de Diagramas de flujos del procesos de atención elaborados y aprobados	< 60%	>= 60%	>=80%
05	▪ % de UPSS que desarrollan gestión de la información (Análisis, toma decisiones, seguimiento registrado en actas)	< 60%	>= 60%	>=80%
06	▪ % de cumplimiento de los macroprocesos de la NT de Acreditación	< 60%	>= 60%	>=85%
07	▪ % de levantamiento de observaciones de las Auditorías de registro y Auditoría Médica realizadas	< 60%	>= 60%	>=80%
08	▪ % de implementación de la Lista de verificación de Higiene de Manos	< 60%	>= 60%	=100%
09	▪ Número de Consultorios Externos implementados en turnos adicionales en tarde.	< 60%	>= 60%	>=80%
10	▪ % de implementación del Plan "Cero Colas"	< 60%	>= 60%	>=80%
11	▪ Implementación del sistema de citas (ventanillas, equipos, personal trabajando, seguimiento un día antes, dación de citas adicionales)	< 60%	>= 60%	>=80%



Anexo N° 02

**Lista de Indicadores de Monitoreo y Evaluación de Compromiso de Gestión
entre la DG- HCH y las D-UPSS/Departamento
PERSPECTIVA DE LOS PROCESOS INTERNOS**

N°	INDICADOR DE PROCESOS	VU	PREC	VE
12	▪ % de implementación de los seis lineamientos para la Vigilancia, Prevención y Control de las IAAS (Resolución Ministerial N° 168-2015/MINSA)	< 60%	>= 60%	>=80%
13	▪ % de aplicación de la Guía Técnica para la Evaluación Interna de la Vigilancia, Prevención y Control de Infecciones intrahospitalarias (RM N°523-2007/MINSA).	< 60%	>= 60%	>=80%
14	▪ % de cumplimiento de la práctica de lavado de manos por parte del personal médico y no médico, en áreas críticas (RM N° 255-2016/MINSA)	< 60%	>= 60%	>=80%
15	▪ % de aplicación de Encuestas del “decálogo del Buen trato del prestador”	< 60%	>= 60%	>=80%
16	▪ % de buenas prácticas de Almacenamientos de medicamentos e insumos	< 60%	>= 60%	>=90%
17	▪ % de reducción de los residuos sólidos biocontaminados	< 5%	>= 5%	>=10%
18	▪ % de implementación de la RISS Sergio Bernales	< 60%	>= 60%	>=80%
19	▪ % de implementación del Plan Anual de Adquisiciones y contrataciones del HNSEB	< 60%	>= 60%	>=90%
20	▪ % de implementación del Plan de Gestión de Riesgos de Emergencias y Desastres	< 60%	>= 60%	>=80%



Anexo N° 02
**Lista de Indicadores de Monitoreo y Evaluación de Compromiso de Gestión
entre la DG- HCH y las D-UPSS/Departamento
PERSPECTIVA DEL CRECIMIENTO Y APRENDIZAJE**

N°	INDICADOR DE PROCESOS	VU	PREC	VE
01	▪ % de ejecución de Plan de Infraestructura y Equipamiento hospitalario	< 60%	>= 60%	>=80%
02	▪ % de ejecución de Plan de Mantenimiento preventivo y correctivo de infraestructura y equipamiento hospitalario	< 60%	>= 60%	>=80%
03	▪ % de trabajadores capacitados subvencionados por la Institución	< 60%	>= 60%	>=80%
04	▪ % de ejecución del Plan de desarrollo de las Personas	< 60%	>= 60%	>=80%
05	▪ % de reducción de la tasa de incidencia de los accidentes laborales	Aumento en >5%	Aumento en 5%	= ó < año previo
06	▪ % de investigaciones realizadas	< 60%	>= 60%	>=80%
07	▪ Número de artículos publicados en revistas nacionales e internacionales indexada	< 10%	>= 10%	>=20%
08	▪ % de Clima laboral Saludable	< 60%	>= 60%	>=80%
09	▪ % de cumplimiento de las condiciones mínimas de infraestructura, equipamiento y Recursos Humanos en las UPSS de atención Directa	< 80%	>= 80%	=100%
10	▪ % de cumplimiento del Plan de Expansión del servicio de Emergencia	< 60%	>= 60%	>=80%
11	▪ % de incremento de atenciones de TELEMEDICINA	< 5%	>= 5%	>=10%



Anexo N° 02

**Lista de Indicadores de Monitoreo y Evaluación de Compromiso de Gestión
entre la DG- HCH y las D-UPSS/Departamento
PERSPECTIVA FINANCIERA**

N°	INDICADOR DE PROCESOS	VU	PREC	VE
01	▪ % de ejecución de los programas presupuestales (PPR) VS meta física	< 80%	>= 80%	>=95%
02	▪ % de personal terceros pagado en sus honorarios oportunamente	< 80%	>= 80%	=100%
03	▪ % de cumplimiento de los incentivos económicos vinculado a buen desempeño	< 80%	>= 80%	=100%
04	▪ % de solicitudes atendidas de requerimiento de personal, medicamentos, equipos, materiales e insumos	< 60%	>= 60%	>=80%
05	▪ % de ejecución presupuestal por Recursos Ordinarios	< 80%	>= 80%	>=95%
06	▪ % de ejecución presupuestal por Donaciones y Transferencias	< 80%	>= 80%	>=95%
07	▪ % Gastos de la No Calidad	>10%	<=10%	0%

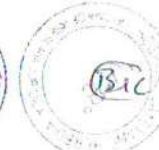


Anexo N° 03

Línea de Tiempo

Implementación de los procesos de Gestión Clínica en el hospital

ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SETIEMB	OCTUB	NOVIEMB	DICIEMB
Paso 1: Inicio del Proceso La Alta Dirección inicia el proceso Paso 2: Organización Conformación de Comité de Gestión Clínica Hoja de Ruta Paso 3: Planificación Diseño, validación, aprobación y difusión del PGC 2019 Definición de Objetivos, Actividades e Indicadores	Paso 4: Entrenamiento Plan de Capacitación dirigido al equipo y jefes de servicios Certificación de los participantes Equipo de Connotados	Paso 5: Estrategias de Implementación Atención Efectiva: Adherencia a las GPC, Auditoría Médica, Disponibilidad Medicamentos, materiales e insumos, Desarrollo de Competencias de los RRHH. Promoción de la Investigación, Monitoreo y evaluación Atención Eficiente: Adherencia a las GPC, Auditoría Médica, disponibilidad Medicamentos, materiales e insumos, Desarrollo de Competencias de los RRHH. PPRs, eliminación de los GASTOS DE LA NO CALIDAD Atención Equitativa: Acceso, oportunidad y calidad de la atención no discrimina condición socio económica, cultural, política (sexo, idioma, raza, procedencia, religión, entre otros). Referencia y CRF Atención Oportuna: Plan Cero Cola, Optimización de Turnos (ampliación y/o redistribución). Sistema de Citas automatizadas (Citas disponibles y fáciles de obtener, call center), Simplificación Administrativa (flujos-modelados). Seguimiento citados, hora de inicio y permanencia. Recetas prescritas atendidas del SIS Atención Segura: Seguridad de la Cirugía, Higiene de Manos, Manejo de Residuos Sólidos, Vigilancia de las IIAAS, Bioseguridad, Salud y seguridad en el trabajo Atención Humana: Decálogo del Buen Trato, Focus Grup con los pacientes, ESUE, Módulos de Información al paciente, Orientadores, Carteles de orientación, Rápida atención en Farmacia y Laboratorio. Quejas y Reclamos. Recibe información de su Dx y TTo Paso 6: Monitoreo y Evaluación Aplicación del Balanced scorecard, Rendición de cuenta trimestre a todo el personal involucrado del servicio, Diseño y aplicación de proyectos de mejora Paso 7: Auditoría, Programación de una auditoría por trimestre									
			I TRIM		II TRIM			III TRIM		IV TRIM	
			I TRIM		II TRIM			III TRIM		IV TRIM	



Anexo N° 04

Etapas de implementación de la Gestión Clínica 2019 en el HCH

ETAPAS DEL PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN DE LA GESTIÓN CLÍNICA

PLANIFICACIÓN

DISEÑO, VALIDACIÓN
Y APROBACIÓN PGC

DIAGNOSTICO

MATRIZ
ESTRATÉGICA

FINALIDAD

OBJETIVOS

LÍNEAS ESTRATÉGICAS: PERSPECTIVAS

INDICADORES

DIRECCIÓN EJECUCIÓN "MGH CENTRADO EN EL PACIENTE"

CONTROL

CLIENTE

Satisfacción de las
necesidades

Atención de Calidad y Oportunidad
(Efectiva, eficiente, equitativa, oportuna, segura y humana)

PROCESOS INTERNOS

Calidad del Proceso
(6 dimensiones)

Ciclo temporal del
procesos

APRENDIZAJE CRECIMIENTO

Competencias
(actitud, habilidad y
conocimientos)

Instalaciones
(infraestructura,
equipos)

Tecnología (software,
HCE, Telesalud,
comunicación)

Clima Laboral
Saludable

FINANCIERO

Gestión financiera
Eficiente y oportuna

Calidad del Gasto
"Eliminación de los
Costos No Calidad"

RELACIÓN CAUSA - EFECTO DE LAS CUATRO PERSPECTIVAS

INDICADOR (E-P-R)	CRITERIO ALARMA		
	ADECUADO	PROCESO	RIESGO

INDICADOR (E-P-R)	CRITERIO ALARMA		
	ADECUADO	PROCESO	RIESGO

INDICADOR (E-P-R)	CRITERIO ALARMA		
	ADECUADO	PROCESO	RIESGO

INDICADOR (E-P-R)	CRITERIO ALARMA		
	ADECUADO	PROCESO	RIESGO

TABLA DE INDICADORES



ASISTENCIA TÉCNICA EN EL PROCESO DE DISEÑO DE HERRAMIENTAS DE GESTIÓN
PARA LA MEJORA DEL DESEMPEÑO DE LA GESTIÓN CLÍNICA DEL HOSPITAL NACIONAL
SERGIO E. BERNALES

ANEXO 05

LISTA DE ACRÓNIMOS Y ABREVIATURA

AEM	Almacén Especializado de Medicamentos
APS	Atención Primaria de Salud
APS-R	Atención Primaria de Salud Renovada
AT	Asistencia Técnica
AUS	Aseguramiento Universal en Salud
ICI	Informe de Consumo Integrado
DISA	Dirección de Salud
HCH	Hospital Cayetano Heredia
HC	Historia Clínica
IGSS	Instituto de Gestión de Servicios de Salud
MAIS	Modelo de Atención Integral de Salud
MAIS-BFC	Modelo de Atención Integral de Salud basado en Familia y Comunidad.
MINSA	Ministerio de Salud.
NTS-GPC	Norma Técnica de Salud, Guía de Práctica Clínica.
PDP	Plan de Desarrollo de las Personas
PPR	Presupuesto por Resultado
PSL	Plan de Salud Local
PEI	Plan Estratégico Institucional
POA	Plan Operativo Anual
PNUME	Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales.
RM	Resolución Ministerial
RENAES	Registro Nacional de Establecimientos de Salud
SISMED	Sistema de Medicamentos
UPSS	Unidad Productora de Servicios de Salud

112

