



RESOLUCIÓN DIRECTORAL

Lima, 07 de Junio de 2017

Visto el Expediente N° 5687/2017, con Oficio N° 047-OGC-2017-HCH y Memorando N° 182-OGC-2017-HCH, de la Oficina de Gestión de la Calidad, y;

CONSIDERANDO:

Que, con Oficio N° 047-OGC-2017-HCH, de fecha 8 de marzo de 2017, la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad, solicita la aprobación del "Plan de Gestión de la Calidad 2017 del Hospital Cayetano Heredia";

Que, mediante Memorando N° 182-OGC-2017-HCH, de fecha 17 de marzo de 2017, la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad, informa que el citado Plan aborda ejes transversales del Sistema de Gestión de la Calidad tales como la Gestión de Procesos para la Certificación y Acreditación, concluyendo que el citado Plan forma parte de los documentos de gestión a nivel institucional;

Que, el artículo VI del Título Preliminar de la Ley 26842, Ley General de Salud en su primer párrafo establece: "Es de interés público la provisión de servicios de salud, cualquiera sea la persona o institución que los provea. Es responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad";

Que, el artículo IX, del Título Preliminar de la pre citada disposición legal, señala que la norma de salud es de orden público y regula materia sanitaria, así como la protección del ambiente para la salud y la asistencia médica para la recuperación y rehabilitación de la salud de la personas, Nadie puede pactar en contra de ella;

Que, por Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, se aprobó el Documento Técnico: "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud"; teniendo como objetivo establecer principios, normas, metodologías y procesos para implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, orientada a obtener resultados para la mejoría de la calidad de atención en los servicios de salud;

Que, por Resolución Ministerial N° 502-2016/MINSA, se aprobó la Norma Técnica N° 029-MINSA/DGSP V.02 "Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud";

Que, mediante Resolución Ministerial N° 456-2007-MINSA, se aprueba la NTS N° 050-MINSA/DGSP- V.02; "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo";

Que, mediante Resolución Ministerial N° 727-2009-MINSA, se aprobó el Documento Técnico: Política Nacional de Calidad en Salud";

Que, por Resolución Directoral N° 011-2016-HCH/DG, de fecha 8 de enero de 2016, se aprobó el "Plan de Gestión de la Calidad 2016 del Hospital Cayetano Heredia";



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

De los documentos de Visto, considerando el objetivo general del "Plan de Gestión de la Calidad 2017 del Hospital Cayetano Heredia", y opinión emitida por la Oficina de Asesoría Jurídica, mediante Informe N° 302-2017-OAJ-HCH;

Con la Visación de los Jefes de las Oficinas de Gestión de la Calidad y Asesoría Jurídica;

En uso de las atribuciones conferidas en el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Cayetano Heredia, aprobado por Resolución Ministerial N° 216-2007/MINSA;

SE RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO.- APROBAR, el "Plan de Gestión de la Calidad 2017 del Hospital Cayetano Heredia", por las consideraciones expuestas en la presente resolución; el mismo, que en anexo forma parte integrante de la presente Resolución.

ARTÍCULO SEGUNDO.- Disponer que la Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad, disponga las medidas pertinentes, para la implementación, supervisión y seguimiento del Documento Técnico aprobado en el artículo 1° de la presente resolución.

ARTÍCULO TERCERO.- Dejar sin efecto la Resolución Directoral N° 011-2016-HCH/DG, que aprobó el "Plan de Gestión de la Calidad 2016 del Hospital Cayetano Heredia".

ARTÍCULO TERCERO.- Disponer que la Oficina de Comunicaciones efectúe la publicación de la presente Resolución en la página web del Hospital.

Regístrese y Comuníquese.



COPY: 001

Título con: General
DEF. OJ. JUR. 01
Of. Asesoría de la Calidad
OAJ
Ofic. DIRECC. JUR. ESTRAT.

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL CAYETANO HEREDIA
DR. SEGUNDO ACHO MERO
DIRECTOR GENERAL
C.M.P. 27291



DOCUMENTO TECNICO: PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD 2017 DEL HOSPITAL CAYETANO HEREDIA



**DOCUMENTO TECNICO: PLAN DE GESTIÓN DE
LA CALIDAD 2017
DEL HOSPITAL CAYETANO HEREDIA**

INDICE

I.- Introducción.....	2
II.- Finalidad	3
III.- Objetivo	3
IV.- Base legal	3
V.- Ámbito de aplicación /alcance	4
VI.- Contenido	4
6.1.- Definiciones operativas.....	4
6.2 Estrategias	5
6.3 Actividades (Matrices de actividades-Diagrama de Gantt)	6-9
6.4 Evaluación.....	11
VII.- Responsabilidades	11



I.- INTRODUCCIÓN

Las definiciones relevantes de la Calidad de la Atención en Salud es como sigue: *“es la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios”*.

Esta definición contiene varios elementos que se deben analizar:

Introduce el concepto básico de la calidad entendida como una relación entre **beneficios, riesgos y costos**, lo cual significa que la definición de la calidad debe estar basada en el conocimiento de la evidencia científica y en el establecimiento de una relación entre estos aspectos; pues la calidad no puede ser ajena a la eficacia, la efectividad y la eficiencia.

Además se concede una gran importancia a la **accesibilidad** y la **equidad** como condiciones complementarias entre sí, es indispensables para contribuir al logro de resultados deseables en salud. En efecto, el primer reto en materia de calidad de un servicio, en cualquier sector de la economía, consiste en garantizar el acceso a la población usuaria. Adicionalmente, en la medida en que el acceso se restrinja a cualquier grupo humano de esa población, los resultados diferenciales serán una prueba de la inequidad de dichos servicios.

De otro lado, el concepto de **nivel profesional óptimo** debe entenderse como la interacción de un conjunto de factores estructurales y de proceso orientados a la obtención de un resultado. Igualmente, se incluyen en este concepto la eficacia, efectividad y pertinencia de las intervenciones en salud de acuerdo con guías de atención basadas en la mejor evidencia científica disponible.

Finalmente, se incorpora, como un elemento transversal del concepto de calidad, la perspectiva de una **atención en salud centrada en el usuario**, que orienta el desarrollo de todas las acciones enmarcadas en la atención de salud con calidad, calidez y seguridad, siendo la dimensión humana el determinante en las expectativas y percepciones de los usuarios

El presente documento de gestión denominado: **“Plan del Sistema de Gestión de la Calidad 2017 del Hospital Cayetano Heredia”**, busca contribuir en la mejora de la calidad de atención en los servicios asistenciales y administrativos, el mismo que se encuentra concordante con el plan operativo anual 2017.



II.- FINALIDAD

Contribuir a fortalecer los procesos de mejora continua de la calidad de atención en salud en el Hospital Cayetano Heredia

III.- OBJETIVOS

Objetivo General

Contribuir a mejorar la calidad de atención a través de la implementación de los ejes estratégicos del sistema de gestión de calidad.

Objetivos Específicos

1. Establecer acciones para la gestión de procesos para la Certificación/Acreditación a través de la realización de la autoevaluación y planes de mejora.
2. Fortalecer la cultura de la calidad y mejora continua en los diferentes servicios del hospital a través de acciones de mejora, proyectos e investigaciones en calidad.
3. Contribuir a la gestión de las relaciones con usuario externo a través de la promoción, de los derechos, difusión de los deberes del usuario, mediciones de la satisfacción del usuario externo e interno y otras mediciones para la identificación de oportunidades de mejora.
4. Establecer acciones para la gestión del riesgo y la seguridad del paciente a través de las buenas prácticas en seguridad de la atención.

IV.- BASE LEGAL

- Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: Sistema de Gestión de la Calidad en Salud.
- Resolución Ministerial N° 676-2006/MINSA que aprueba el Documento técnico: Plan Nacional para la Seguridad del Paciente 2006-2008.
- Resolución Ministerial N° 502-2016/MINSA que aprueba la Norma Técnica N° 029-MINSA/DGSP v.02. "Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud".
- Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA aprueba la NTS N° 050-MINSA/DGSP.V.02 "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de salud y Servicios Médico de Apoyo.
- Resolución Ministerial N° 623-2008/MINSA que aprueba el Documento Técnico Plan para el Estudio de Clima Organizacional 200-2011 y Metodología para el estudio del Clima organizacional".
- Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA. Documento Técnico : "Política Nacional de Calidad en Salud".



- Resolución Ministerial N° 095-2012/MINSA que aprueba La Guía Técnica : "Guía para la Elaboración de Proyectos de Mejora y la Aplicación de Técnicas y Herramientas para la Gestión de la Calidad.
- Resolución Jefatural N° 393-2016-IGSS que aprueba la Directiva Sanitaria N° 003 –IGSS/V:01 Rondas de Seguridad y Gestión del Riesgo para la la Seguridad del Paciente .
- Resolución Jefatural N° 631-2016/IGSS que aprueba la Directiva N° 005-IGSS/v.01 "Sistema de Registro y Notificación de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinela.

V.- AMBITO DE APLICACIÓN /ALCANCE

El presente Plan de Gestión de la Calidad es de aplicación para el equipo de la Oficina de Gestión de Calidad y tendrá el alcance para las unidades orgánicas asistenciales y administrativas del Hospital Cayetano Heredia.

VI.- CONTENIDO

6.1 DEFINICIONES OPERATIVAS:

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

Gestión de la Calidad.-

Es el componente de la gestión institucional que determina y aplica la política, 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.

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.

Autoevaluación: Es la fase inicial obligatoria de evaluación del proceso de acreditación, en el cual los establecimientos de salud que cuentan con un equipo institucional de evaluadores internos.

Auditoria de la calidad de atención en salud.- es el mecanismo sistemático y continuo de evaluación del cumplimiento de estándares d calidad en salud. Implica la realización de actividades de evaluación y seguimiento de procesos definidos como prioritarios.



Seguridad del paciente

Reducción y mitigación de actos inseguros dentro del sistema de salud a través del uso de las mejores prácticas que aseguren la obtención de óptimos resultados para el paciente.

6.2.- ESTRATEGIAS

- ✓ Apoyo y compromiso de la Dirección General. .
- ✓ Capacitación al equipo del Comité de Auditoría de Calidad en Salud, comité de seguridad, equipos de mejora de los servicios y al equipo de la Oficina de Gestión de la Calidad.
- ✓ Desarrollar investigación operativa en calidad y seguridad del paciente.
- ✓ Medición de indicadores de calidad y retroalimentación de resultados

EJES DE TRABAJO

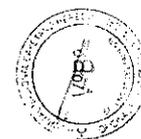
- ✓ Gestión de procesos para la certificación / acreditación
- ✓ Cultura de la Calidad y Mejora Continua
- ✓ Gestión de las Relaciones con el usuario Externo
- ✓ Gestión del riesgo y la Buenas Prácticas en Seguridad
- ✓ Organización para la Calidad y Derechos de las Personas
- ✓ Gestión de la Información Sanitaria e Investigación para la Calidad

6.3- ACTIVIDADES (Diagrama de Gantt)

Las actividades del plan de gestión de calidad 2017 responden a los criterios de programación proporcionado por la Dirección de Calidad del IGSS que se muestran en las siguientes matrices.



EJE DE TRABAJO	OBJETIVOS ESTRATEGICOS	INDICADOR TRAZADOR	META DE IMPACTO	PERIODICIDAD DE REPORTE	RESPONSABLE	PROGRAMACIÓN 2017												PRESUPUESTO
						E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	
EJE 1: GESTION DE PROCESOS PARA LA CERTIFICACION Y ACREDITACION	1.1 Fortalecer competencias en el Proceso de Evaluación Integral de la Calidad para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo	IND 1 Personal de Salud designados oficialmente como RD, con el consentimiento de los evaluadores internos para la actualización de la autoevaluación.	IND 2 Evaluadores internos entrenados en la Norma Técnica de Salud Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo	ANUAL	Dirección Jefatura de la OGC					X							10	
	1.2 Fortalecer competencias en Gestión por Procesos y Costos	IND 3 Jefaturas Administrativas y Asistenciales entrenados en Gestión de Procesos y Costos	IND 4 Autoevaluación para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo vigente	ANUAL	Unidad Funcional de Garantía y Mejoramiento (Jefaturas)					X							250	
	1.3 Desarrollar el Proceso de Acreditación, Certificación Institucional	IND 5 Cumplimiento del Plan de Mejora post autoevaluación	IND 6 Jefaturas Administrativas y Asistenciales entrenados en Gestión de Procesos y Costos	ANUAL	Recursos Humanos, Planeamiento Estratégico, OGC					X								500
			IND 7 Jefaturas Administrativas y Asistenciales entrenados en Gestión de Procesos y Costos	ANUAL	Dirección, Calidad, Jefaturas de Departamento, Oficinas Administrativas									X				1200
			IND 8 Cumplimiento del Plan de Mejora elaborado a partir de la última autoevaluación	ANUAL	Unidad Funcional de Garantía y Mejoramiento									X				100



EJE 5: ORGANIZACIÓN PARA LA CALIDAD Y DERECHOS DE LAS PERSONAS	5.3 Alinear los procesos de gestión de la calidad y derechos de las personas a los Políticos y Lineamientos Sectoriales	IND 44 División de normatividad en Gestión de Calidad y Derechos de las Personas - IGSS en el marco de la Reforma en Salud	≥ 80% de de estafas Administrativas y Asistenciales han sido socializados con la normatividad en Gestión de la Calidad y Derechos de las Personas	SEMESTRAL Dirección Calidad	X	X	230
EJE 6: GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN SANITARIA E INVESTIGACIÓN PARA LA CALIDAD	6.5 Promover la investigación en Calidad en Salud	IND 52 Proyecto de investigación en Calidad en Salud	Un (01) Proyecto de Investigación en Calidad en Salud aprobado	ANUAL Docencia e Investigación - Desarrollo Institucional - Calidad	X	X	730
TOTAL							5760



6.4- MONITOREO Y EVALUACIÓN

Para garantizar el cumplimiento del presente plan se realizará el seguimiento trimestral, y se elaborará informes semestrales del avance del plan de gestión de la calidad de acuerdo a los siguientes indicadores establecidos.

1. Porcentaje de avance del Plan del Sistema de Gestión de Calidad
2. Porcentaje de avance de Proyectos de Mejora de la Calidad formulados o implementados.
3. Porcentaje de avance del cumplimiento del Plan de Auditoria
4. Porcentaje de avance del cumplimiento del Plan de Seguridad del Paciente
5. Cumplimiento del plan de la Autoevaluación.
6. Porcentaje de Satisfacción del Usuario Externo.
7. Porcentaje de satisfacción del usuario Interno.

VII.- RESPONSABILIDADES

El cumplimiento del Plan de Gestión de la calidad 2017 del Hospital Cayetano Heredia es responsabilidad del equipo de gestión, Jefe de la Oficina de Gestión de Calidad y de los jefes de las unidades orgánicas según corresponda.



MEDICIONES PERIODICAS 2017

N°	ACTIVIDAD A DESARROLLAR	UNIDADES DE MEDIDA	META TOTAL A EJECUTAR	AÑO 2017												EJECUCIÓN	REPORTE
				ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE		
1	Medición de la satisfacción del usuario externo en la consulta externa	Informe	1		X												X
2	Medición de la satisfacción del usuario externo en emergencia	Informe	1		X												X
3	Medición de la satisfacción del usuario externo en hospitalización	Informe	1		X												X
4	Medición de la satisfacción del usuario interno	Informe	1		X					X							X
5	Medición de satisfacción del usuario externo en relación al "trato recibido" en Consulta Externa (escala Vigesimal)	Informe	2		X												X
6	Medición de satisfacción del usuario externo en relación al "trato recibido" en Emergencia (vigesimal)	Informe	2		X												X
7	Medición de satisfacción del usuario externo en relación al "trato recibido" en Hospitalización (vigesimal)	Informe	2		X												X
8	Medición de la satisfacción del usuario externo en la atención del parto	Informe	2		X							X					X
9	Medición de la satisfacción del usuario externo atendido en el Centro Quirúrgico	Informe	2		X												X
10	Medición del tiempo para el traslado del paciente de hospitalización a Centro Quirúrgico	Informe	4		X												X
11	Medición del tiempo para el traslado del paciente de recuperación a hospitalización	Informe	2		X												X
12	Medición del tiempo de inicio del acto operatorio en el Centro Quirúrgico	Informe	2		X												X
13	Aplicación de encuestas para identificar las barreras de acceso de la atención	Informe	3		X								X				X
14	Medición de la satisfacción del usuario interno en relación a la limpieza de la institución	Informe	1							X							
15	Medición del tiempo de espera en consulta externa. Tiempo de espera para la atención por el médico en los Consultorios	Informe	2							X							X
16	Medición del tiempo de espera para la atención en Laboratorio Central	Informe	2							X							X
17	Medición del tiempo de espera en el módulo de Admisión de Consulta Externa	Informe	2							X							X
18	Medición del tiempo de espera para la atención en Emergencia según prioridades	Informe	2							X							X
19	Medición del tiempo de espera para la atención en Sala de Consulta Externa	Informe	2							X							X
20	Medición del tiempo de espera para la atención en Radiología	Informe	2							X							X
21	Medición del tiempo de espera para la atención en Farmacia Central	Informe	2							X							X
22	Medición del tiempo transcurrido entre la solicitud y el internamiento de pacientes	Informe	2										X				X
23	Medición del porcentaje de disponibilidad de las historias clínicas	Informe	4										X				X
24	Medición de la disponibilidad de la programación de las especialidades médicas quirúrgicas en el módulo de Consulta Externa	Informe	4										X				X
25	Medición del tiempo de espera para obtener una cita en la diferentes especialidades médico quirúrgica	Informe	4										X				X
26	Encuesta de comprensión del paquete de información del proceso de atención al usuario externo y es adecuado culturalmente según la realidad (triplicar), sujeto a entrega material informativo	Informe	1 a demanda										X				X
27	Medición del Diferencial de citas	Informe	12										X				X
28	Estudio operativo desde el ingreso del paciente al hospital hasta la entrega de medicamentos	Informe	2										X				X
29	Medición del tiempo de espera para el alta del paciente en los servicios de Medicina	Informe	1										X				X
30	Encuesta a jefes sobre estadística	Informe	2										X				X
31	Otros estudios contingenciales	Informe	a demanda										X				X

