



RESOLUCIÓN DIRECTORAL

Lima, 22 de enero de 2014

Visto el expediente N° 288 - 2014, con el Oficio N° 005-OGC-2014-HNCH, de la Oficina de Gestión de la Calidad y el proyecto del Plan de Gestión de la Calidad 2014 del Hospital Nacional Cayetano Heredia;

CONSIDERANDO:

Que, el numeral VI del Título Preliminar de la Ley General de Salud N° 26842, establece que 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, a través de la Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA del 30 de mayo de 2006, se aprobó el documento "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud" el cual tiene como objetivo establecer los principios, normas, metodologías y procesos para la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud orientado a obtener resultados para la mejoría de la calidad de atención en los servicios de salud;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 474-2005/MINSA, se aprobó la "Norma Técnica de Auditoria de la Calidad de Gestión en Salud" NT N° 029-MINSA/DGSP-V.01, y con Resolución Ministerial N° 601-2007/MINSA, se aprobó el Documento Técnico Plan de Implementación de la Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud NT N° 29-MINSA/DGSP-V.01, 2007-2009;

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

Estando al Oficio N° 005-OGC-2014-HNCH, del Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad, mediante el cual solicita la aprobación del Plan de Gestión de la Calidad 2014 del Hospital Nacional Cayetano Heredia y a lo opinado por la Asesoría Jurídica en el Informe N° 74-2014-OAJ-HNCH, para que se apruebe el Plan propuesto para tal efecto debe emitirse el acto resolutivo correspondiente;

Con el visado del Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad y del Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica; y,

De conformidad con las facultades previstas en el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional Cayetano Heredia, aprobado por Resolución Ministerial N° 216-2007/MINSA;



SE RESUELVE:

Artículo Primero.- Aprobar el Plan de Gestión de la Calidad 2014 del Hospital Nacional Cayetano Heredia, el cual se adjunta con sus anexos y forman parte de la presente Resolución.

Artículo Segundo.- Encargar al Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad, el seguimiento evaluación y ejecución del Plan de Gestión de la Calidad 2014 del Hospital Nacional Cayetano Heredia, aprobado por la presente resolución.

Artículo Tercero.- Disponer que el Jefe de la Oficina de Comunicaciones efectué la publicación de la presente Resolución en la página web del Hospital.

Regístrese y Comuníquese.



MINISTERIO DE SALUD
Hospital Nacional Cayetano Heredia
Luis Edgar Dulant Monteverde
DR. LUIS EDGARDO DULANTO MONTEVERDE
DIRECTOR GENERAL
CMD 13470

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL CAYETANO HEREDIA
EL PRESENTE DOCUMENTO ES COPIA
"FIEL DEL ORIGINAL"

24 ENE. 2014

EMILIANO ELÍAS SUÁREZ QUISEPÉ
ASISTENTE ADMINISTRATIVO
FEDATARIO TITULAR
TRAMITE INTERNO

**DOCUMENTO TECNICO:
PLAN DE GESTIÓN DE
LA CALIDAD 2014 DEL
HOSPITAL NACIONAL
CAYETANO HEREDIA**



DOCUMENTO TECNICO: PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD 2014 DEL HOSPITAL NACIONAL 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)	5-20
6.4 Evaluación.....	21
VII.- Responsabilidades	21



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 2014 del Hospital Nacional Cayetano Heredia”**, busca contribuir en la mejora de la calidad de atención en los servicios asistenciales y administrativos en concordancia con el Plan Estratégico institucional 2012- 2016 aprobado con R.D. N° 081-2012-SA-DS/HNCH-DG alineados con los lineamientos de política del sector salud al 2016, considerando como uno de los ejes estratégicos “ la Atención Integral de la Salud con calidad priorizando la población en pobreza y extrema pobreza. El HNCH ha planteado como objetivo estratégico General para el Sistema de Gestión de Calidad lo siguiente:

Objetivo Estratégico General 6: Mejorar el nivel de satisfacción del usuario externo en el hospital. Planteando como objetivo específico Mejorar el trato y las condiciones de atención al paciente, considerando los atributos de calidad y calidez.

Objetivo Estratégico General 8: Fortalecer el desarrollo del recurso humano a través de la gestión por competencias e impulso de la capacidad docente e investigadora. Planteando como objetivo específico mejorar las competencias del recurso humano para el desarrollo individual y organizacional, dentro de un ambiente laboral favorable.





II.- FINALIDAD

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

III.- OBJETIVOS

Objetivo General

- Contribuir a mejorar la calidad de atención para los usuarios externos a través de la implementación de los criterios del Plan del Sistema de Gestión de la Calidad en el Hospital Nacional Cayetano Heredia para el año 2014.
- Contribuir a mejorar la satisfacción del usuario interno a través de estudio de clima organizacional e intervenciones de mejora en los diferentes servicios del Hospital Nacional Cayetano Heredia.

Objetivos Específicos

1. Efectuar el monitoreo a través de las mediciones de los indicadores de la calidad en Consulta externa, Centro Obstétrico, Emergencia, Centro Quirúrgico y servicios de Hospitalización.
2. Implementar las actividades de los criterios del plan del sistema de gestión de calidad a través de la autoevaluación, auditoría, seguridad del paciente, clima organizacional y proyectos/planes de mejora continua.
3. Identificar oportunidades de mejora a través de las reclamaciones presentadas en el libro de reclamaciones.

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° 474-2005/MINSA que aprueba la Norma Técnica N° 029-MINSA/DGSP v.01. "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





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 Nacional 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.-

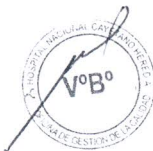
Son proyectos orientados a generar resultados favorables en el desempeño y condiciones del entorno a través del uso de herramientas y técnicas de calidad.

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 de 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

6.3- ACTIVIDADES (Diagrama de Gantt)

Las actividades del plan de gestión de calidad 2014 responden a los criterios de programación proporcionado por la Dirección de Calidad del MINSA que se muestran en las siguientes matrices.





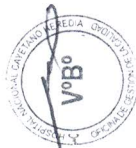
UNIDAD ORGANICA: Oficina de Gestión de Calidad
OBJETIVO ESPECIFICO 1: Efectuar el monitoreo y evaluación de los indicadores de la calidad en Consulta externa, Centro Obstétrico, Emergencia, Centro Quirúrgico y servicios de Hospitalización

ACTIVIDAD A DESARROLLAR	UNIDAD DE MEDIDA	META TOTAL A EJECUTAR	RESPONSABLE	CRONOGRAMA												PRESUPUESTO	
				E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D		TOTAL
Medición de la satisfacción del usuario externo en la consulta externa	Informe	1	Equipo de información para la calidad									x		X			
Medición de la satisfacción del usuario externo en emergencia	Informe	1	Equipo de información para la calidad									x		X			
Medición de la satisfacción del usuario externo en hospitalización	Informe	1	Equipo de información para la calidad									x		X			
Medición de la satisfacción del usuario interno (Clima organizacional)	Informe	1	Equipo de información para la calidad									x		X			
Medición de la satisfacción del usuario interno	Informe	1	Equipo de información para la calidad									x		X			3,600
Indicadores de calidad (cero colas, servqual y tiempos de espera)	Informe	3	Equipo de información para la calidad									x		X			
Medición de satisfacción del usuario externo en relación al trato recibido en la Consulta Externa.	Informe	1	Equipo de información para la calidad									x		X			
Medición de satisfacción del usuario externo en relación al trato recibido en emergencia.	Informe	1	Equipo de información para la calidad									x		X			
Medición de la satisfacción del usuario externo en el servicio de hospitalización de traumatología (servqual)	Informe	1	Equipo de información para la calidad									x		X			
Medición de la satisfacción del usuario externo en la atención del parto	Informe	2	Equipo de información para la calidad									x		X			150





ACTIVIDAD A DESARROLLAR	UNIDAD DE MEDIDA	META TOTAL A EJECUTAR	RESPONSABLE	CRONOGRAMA												PRESUPUESTO	
				E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D		TOTAL
Medición de la satisfacción del usuario externo atendido en el Centro Quirúrgico.	Informe	2		X						X							150
Aplicación de encuestas para identificar las barreras de acceso de la atención quirúrgica	Informe	2		X						X							150
Medición de la satisfacción del usuario externo en relación a la información y orientación recibida (servqual)												X	X				150





ACTIVIDAD A DESARROLLAR	UNIDAD DE MEDIDA	META TOTAL A EJECUTAR	META TOTAL A EJECUTAR	CRONOGRAMA												PRESUPUESTO	
				E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	TOTAL	TOTAL
Medición del tiempo de espera en consulta externa :Metodología en establecimientos de salud II y III nivel – MINSA (Traumatología, Laboratorio)	Informe	2				x	x						x	x		300	
Medición del tiempo de espera en consulta externa :Tiempo de espera para la atención por el médico en los Consultorios	Informe	2						x						x		250	
Medición del tiempo de espera para la atención en Laboratorio Central	Informe	2											x			150	
Medición del tiempo de espera en el módulo de Admisión de Consulta Externa	Informe	2						x						X		150	
Medición del tiempo de espera para la atención en Emergencia según prioridades	Informe	2														150	
Medición del tiempo de espera para la atención en Caja de Consulta Externa	Informe	2							x							150	
Medición del tiempo de espera para la atención en Radiología	Informe	2														150	
Medición del tiempo de espera para la atención en Farmacia Central	Informe	2								x						150	
Medición del tiempo transcurrido entre la solicitud y el internamiento de pacientes.	Informe	2														150	
Medición del tiempo para el traslado del paciente de hospitalización a Centro Quirúrgico	Estudios realizados	2														150	





ACTIVIDAD A DESARROLLAR	UNIDAD DE MEDIDA	META TOTAL A EJECUTAR	RESPONSABLES	CRONOGRAMA												PRESUPUESTO	
				E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	TOTAL	
Medición del tiempo para el traslado del paciente de recuperación a hospitalización.	Informe	2	Equipo de información para la calidad	x									X			150	
Medición del tiempo de inicio del acto operatorio en el Centro Quirúrgico	Informe	3	Equipo de información para la calidad	x				x								150	
Medición del porcentaje de disponibilidad de las historias clínicas	Informe	10	Equipo de información para la calidad	x	x		X	x	x	x						150	
Medición de la disponibilidad de la programación de las especialidades médicas quirúrgicas en el módulo en Consulta Externa	Informe	12	Equipo de información para la calidad	x	x											150	
Medición del tiempo de espera para obtener una cita en la diferentes especialidades médico quirúrgica.	Informe	12	Equipo de información para la calidad	x	x		X	x	x	x						150	
Medición del porcentaje de deserción de los pacientes en la Consulta Externa	Informe	2	Equipo de información para la calidad													150	
Encuesta de comprensión del paquete de información del proceso de atención al usuario externo y es adecuado culturalmente según la realidad.	Informe	1	Equipo de información para la calidad			x							x			100	





2. Objetivo Especifico.- Implementar las actividades de los criterios del plan del sistema de gestión de calidad a través de la autoevaluación, auditoria, seguridad del paciente, clima organizacional y proyectos/planes de mejora continua.

	CRITERIOS DE PROGRAMACION	UNIDAD DE MEDIDA	META	RESPONSABLES	CRONOGRAMA												PRESUPUESTO
					ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC	
1	Plan de gestión de la Calidad elaborado en forma anual por DIRESA/DISA/GERESA, hospitales e institutos				x												
1	El Hospital, ha elaborado el Plan de Gestión de la Calidad en los diferentes servicios para que orienten sus actividades segun sus prioridades	Plan de Gestión de Calidad elaborado	1	Jefe de la OGC	x												
2	El Hospital, ha aprobado el Plan de Gestión de la Calidad en los diferentes servicios para que orienten sus actividades segun sus prioridades	Plan de Gestión de Calidad aprobado	1	Dirección General	x												
3	El Hospital, ha socializado (medios electronicos y/o fisicos) el Plan de Gestión de la Calidad en los diferentes servicios para que orienten sus actividades segun sus prioridades?	Plan de Gestión de Calidad socializado	32	Oficina de Comunicaciones - Jefe de la OGC	x												
4	Presentación del Plan de Gestión de la Calidad a la DISA Lima Ciudad /Dirección de Calidad	Plan presentado	1	Dirección General / Jefe de la OGC	x												
5	El Hospital, tiene consolidado y cuenta con el reporte del avance de la implementación del Plan de Gestión de Calidad.	Informe de avance	1	Jefe de la OGC						x							
6	El Hospital presenta el informe de avance de la implementación del Plan de Gestión de Calidad a la Dirección de Calidad en Salud / DISA V LIMA CIUDAD	Informe de avance remitido	1	Dirección General / Jefe de la OGC							x						
7	El Hospital, cuenta con el informe final de implementación del Plan de Gestión de la Calidad y es remitido a la Dirección de Calidad en Salud / DISA V LIMA CIUDAD	Informe Final	1	Dirección General / Jefe de la OGC												x	

A
C
T
I
V
I
D
A
D
E
S





CRITERIOS DE PROGRAMACION		UNIDAD DE MEDIDA	META	RESPONSABLES	CRONOGRAMA												PRESUPUESTO
					ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC	
2	Información anual de autoevaluación por DIRESA/DISA/GERESA de los establecimientos de salud e Instituto, que realizarán autoevaluación una vez al año, como mínimo.	Informe Anual de la autoevaluación	1	Equipo de acreditación													
1	Disponibilidad de la base de datos del aplicativo de la autoevaluación 2013	Base de datos disponibles	1	Equipo de la OGC		x											x
2	Difusión de los resultados de la autoevaluación 2013 a los diferentes unidades organicas del hospital.	Difusión de resultados realizados	32	Jefe de la OGC		x											
3	Identificación de oportunidades de mejora en base a los resultados de la autoevaluación 2013 con propuestas de acciones de mejora	Informe	1	Jefe de la OGC/Equipo de la OGC		x											
4	Elaboración del plan de intervención para la mejoras de los resultados de la autoevaluación	Plan elaborado	1	Jefe de la OGC/Equipo de la OGC													
5	Seguimiento de la implementación de mejoras en base a los resultados obtenidos en la fase de autoevaluación y tiene programación (Diagrama de Gantt) ?	Informe de seguimiento realizado	2	Jefe de la OGC/Equipo de la OGC						x			x				
6	Conformación del equipo de acreditación 2014.	Equipo acreditación Oficializado	1	Jefe de la OGC		x											
7	Conformación del "Equipo de evaluadores Internos del Hospital Nacional Cayetano Heredia.	Equipo de evaluadores internos oficializado	1	Jefe de la OGC				x									
7	El Hospital, ha informado formalmente y cuenta con su "plan de autoevaluación"?	Plan aprobado con R.D.	1	Dirección General								x					
8	El Hospital, cuenta con el documento oficial que "comunica inicio de autoevaluación" y ha sido reportado a la Disa Lima - Ciudad /Dirección de Calidad en Salud	Comunicación del inicio de la autoevaluación a la DISA	1	Dirección General									x				
9	Ejecución del proceso de la autoevaluación 2014	Proceso de autoevaluación ejecutado	1	Equipo de evaluadores internos										x			
10	Elaboración del informe final de la autoevaluación 2014	Informe de autoevaluación elaborado	1	Equipo de acreditación											x		
11	Presentación del informe final de la autoevaluación a la DISA Lima Ciudad .	Informe Final presentado	1	Dirección General													
3	Establecimiento de Salud con autoevaluación aprobada que solicita oficialmente evaluación externa y se desarrolla.																
1	Solicitud de Evaluación Externa por el Hospital																

A C T I V I D A D E S

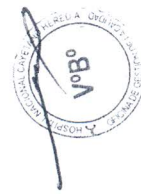
1.800





CRITERIOS DE PROGRAMACION		UNIDAD DE MEDIDA	META	RESPONSABLES	CRONOGRAMA												PRESUPUESTO
					ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC	
4	Aplicación anual del cuestionario para el estudio del clima organizacional al personal de los establecimientos del ámbito de DIRESA/DISA/GERESA.																
1	Socialización del estudio de clima organizacional del 2013 a los diferentes servicios	Estudio socializado	32	Dirección General / Jefe de la OGC / Dirección de Recursos Humanos	x												
2	Oficialización del equipo Equipo Técnico designado para el Estudio del Clima Organizacional 2014	Equipo Técnico conformado	1	Jefe de la OGC / Dirección de Recursos Humanos	x												
3	Firma del Acta de Compromiso para el Estudio del Clima Organizacional	Acta de compromiso firmado	1	Dirección General / Jefe de la OGC / Dirección de Recursos Humanos	x												
4	Elaborar el Plan de Estudio de clima Organizacional	Plan Elaborado	1	Equipo Técnico de Clima Organizacional / Jefe de la OGC					x	x							
5	Comunicación del estudio del clima organizacional a la Disa Lima Ciudad / Dirección de Calidad	Comunicación Realizada	1	Dirección General / Jefe de la OGC							x						
6	Ejecución del estudio del clima organizacional 2014	Estudio realizado	1	Equipo de la OGC								x	x				
7	Elaboración del informe del resultado del clima organizacional 2014	Informe	1	Equipo de la OGC													
8	Socialización de los resultados del estudio del clima organizacional a los diferentes servicios. (actas, documentos)	Informe	1	Jefe de la OGC												x	
9	Presentación del informe final de los resultados del Clima organizacional a la DISA Lima Ciudad	informe	1	Dirección General													x

A C T I V I D A D E S





CRITERIOS DE PROGRAMACION		UNIDAD DE MEDIDA	META	RESPONSABLES	CRONOGRAMA												PRESUPUESTO
					ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC	
5	Acciones de mejora implementadas para la intervención en el clima organizacional de los establecimientos de salud que realizaron el estudio.																
1	Identificación de acciones de mejora en base a los resultados obtenidos del estudio del clima organizacional 2013.	Informe	1	Equipo Técnico del Clima Organizacional	x												x
2	Elaboración del plan de intervención para la mejora del clima organizacional	Plan elaborado	1	Equipo Técnico del Clima Organizacional /Jefe de la OGC	x												
3	Aprobación del plan de intervención para la mejora del clima organizacional	Plan aprobado	1	Dirección General	x												
4	Ejecución del plan de intervención para la Mejora del clima organizacional	Informe	1	Dirección de Recursos Humanos /Equipo del Clima Organizacional			x	x	x	x	x						
5	Identificación de acciones de mejora en base a los resultados obtenidos del estudio del clima organizacional 2014.	Informe	1	Equipo Técnico del Clima Organizacional										x	x		
6	Elaboración del plan de Intervención para la Mejora del Clima Organizacional en base a resultados 2014	informe	1	Dirección de Recursos Humanos /Equipo del Clima Organizacional /jefe de la OGC												x	
7	Comunicación de los logros de la intervención de las acciones de mejora a la Disa Lima Ciudad.	informe	1	Dirección General / Dirección de Recursos Humanos /Jefe de la OGC													x

A C T I V I D A D E S





CRITERIOS DE PROGRAMACION		UNIDAD DE MEDIDA	META	RESPONSABLES	CRONOGRAMA											
					ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC
6	Información trimestral consolidado de la implementación de la Lista de verificación en centros quirúrgicos de establecimientos de salud categoría I-4 (Sala de partos), hospitales e institutos.							x		x				x		x
1	Conformación del equipo conductor de la Lista de verificación de la seguridad de la cirugía en centros quirúrgicos	Equipo conformado	1	Jefe de OGC / Dirección General	x											
2	Capacitación al equipo conductor	Equipo conductor	7	Jefe de OGC		x										
3	Elaboración del Plan de Intervención para la sostenibilidad de la implementación de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía en centros quirúrgicos	Plan Elaborado	1	Equipo Conductor		x										
4	Informes trimestrales de avances de la implementación de la lista de verificación en centros quirúrgicos	Informes	4	Equipo Conductor				x		x				x		x
5	Capacitación al personal de centro quirúrgico sobre el proceso de la lista de verificación en salud operaciones	Personal Capacitado	20	Equipo Conductor				x		x						
	Elaboración del consolidado de la encuesta de evaluación de la implementación de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía	encuesta elaborada	4	Equipo de la OGC				x								
6	Presentación de la encuesta de la evaluación de la implementación de verificación de la seguridad de la Cirugía a la DISA y Dirección de Calidad del MINSA	Informe	4	Dirección General/Jefe de la OGC				x		x				x		x

A C T I V I D A D E S

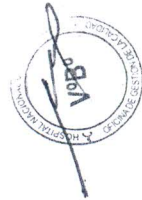
750





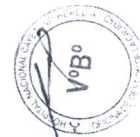
CRITERIOS DE PROGRAMACION		UNIDAD DE MEDIDA	META	RESPONSABLES	CRONOGRAMA												PRESUPUESTO
					ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC	
7 de eventos adversos en salud, ocurridos en establecimientos de salud categoría I-4, hospitales e institutos								x		x						x	
1	Oficializar el Comité de Seguridad y Manejo de Riesgos (2013)	Comité Oficializado	1	Dirección General / Jefe de la OGC	x												
2	Difusión de la Directiva de Registro y notificación de eventos adversos	Directiva Difundida	10	Jefe de la OGC	x												
3	Sensibilización y Capacitación al personal sobre la Directiva de Registros, notificación y análisis de eventos adversos en salud.	Informe	1	Jefe de la OGC	x												
4	Elaboración de Informes trimestrales donde se detalla la metodología causa raíz para el análisis de los Eventos Adversos, remitidos sobre la implementación del Sistema de Registro y Notificación de Eventos Adversos, a la DISA y al MINSA	Informe	4	Dirección General / Jefe de la OGC				x			x			x			
5	Elaboración de los registros de las capacitaciones que se han realizado sobre la intervención en Eventos Adversos a todo el personal involucrado, de tal manera que los mismos tengan los conocimientos sobre el manejo de estas situaciones, antes, durante y después con el fin de utilizar estas herramientas en práctica.	Informe	2	Jefe de la OGC					x								

A
C
T
I
V
I
D
A
D





CRITERIOS DE PROGRAMACION		UNIDAD DE MEDIDA	META	RESPONSABLES	CRONOGRAMA												PRESUPUESTO
					ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC	
8	Información trimestral de Auditorías de la Calidad de atención realizadas en establecimientos de salud con categoría I-4, Segundo y Tercer nivel.																
1	Actualización del comité de auditoría	Comité de Auditoría	1	Dirección General / Jefe de la OGC	x												
2	Capacitación del comité de Auditoría	Informe	1	Jefe de la OGC		x											
3	Elaboración del Plan de Auditoría	Plan Elaborado	1	Comité de Auditoría	x												
4	Aprobación del Plan de Auditoría	Plan aprobado	1	Dirección General / Jefe de la OGC	x												
5	Presentación del Informe trimestral del plan de Auditoría, remitidos al MINSA y DISA V Lima ciudad	Informe	4	Dirección General / Jefe de la OGC				x						x			
6	Presentación del Informe de Seguimiento de la implementación de las Recomendaciones de las Auditorías de Caso. (grado de cumplimiento).	Informe	2	Jefe de la OGC							x						
7	Realización de auditorías de la calidad de atención (muerte materna, muerte de enfermedades transmisibles, cesáreas, adherencia a las guías de práctica clínica)	Auditorías de la calidad de atención realizadas	4	Comité de Auditoría de la calidad de atención		x			x				x				
8	Presentación de informes de la auditoría de la calidad de atención	informe	4	Dirección General / Jefe de la OGC				x									
9	Elaboración del consolidado de las Guías de Práctica Clínica (vigencia de 3 años) en los diferentes servicios conforme a los criterios de acreditación (Atención Ambulatoria, Emergencia, Hospitalización)	Informe	2	Jefe de la OGC							x						





CRITERIOS DE PROGRAMACION		UNIDAD DE MEDIDA	META	RESPONSABLES	CRONOGRAMA												PRESUPUESTO
					ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC	
9 Información semestral de proyectos y/o acciones de mejora implementadas en establecimientos de salud de DIRESA/DISA/GERESA.																	
1	Identificación de las oportunidades de mejora en base a los resultados de autoevaluación, satisfacción del usuario externo/interno, auditoría de la calidad en salud, seguridad del paciente, dentro del marco del Sistema de Gestión de Calidad en Salud.	Informe	1	Equipo de la OGC	x	x											300
2	Capacitación y/o asistencia técnica en elaboración de proyectos de mejora de la calidad de atención a los integrantes de cada equipo.	Informe	2	Jefe de la OGC	x								x				
3	Proyectos de mejora 2013-2014 1) Proyecto de mejora: "Mejorando la Calidad de los registros asistenciales de Enfermería en los servicios de Hospitalización 2013-2014". 2) Proyecto de mejora: "Mejorando la calidad de los registros en las historias clínicas en el Departamento de Pediatría 2013-2014". 3) Proyecto de Mejora: Cero colas para mejorar la satisfacción del usuario atendido en la Consulta Externa Junio 2013- Junio 2014	Informe del proyecto de mejora Informe de mejora Informe de mejora Informe de mejora	2 2 2 2	Jefe de la OGC/Equipo de la OGC/Equipos de mejora de los servicios Jefe de la OGC/Equipo de la OGC/Equipos de mejora de los servicios Jefe de la OGC/Equipo de la OGC/Equipos de mejora de los servicios Jefe de la OGC/Equipo de la OGC/Equipos de mejora de los servicios				x									1.100
4	Elaboración de proyectos /planes/ de mejora 2014 1) Proyecto de Mejora: "Mejorando la calidad de los registros en las historias clínicas en los Departamentos Asistenciales 2014-2015". 2) Plan de Mejora "Mejorando el proceso de atención de enfermería para la atención del paciente quirúrgico." 3) Plan de mejora" Implementando guías de intervención de enfermería "	Proyectos/planes de mejora elaborados proyecto de mejora elaborado Plan de mejora elaborado Plan de mejora elaborado	1 1 1 1	Jefe de la OGC/Equipo de la OGC/Equipos de mejora de los servicios Jefe de la OGC/Equipo de la OGC/Equipos de mejora de los servicios Jefe de la OGC/Equipo de la OGC/Equipos de mejora de los servicios Jefe de la OGC/Equipo de la OGC/Equipos de mejora de los servicios													3800
	4) Proyecto de Mejora: "Mejorando la calidad de atención del servicio de hospitalización de Medicina A y B. 5) Plan de Mejora: "Mejorando el trato hacia el usuario externo en los servicios de Consulta Externa, Hospitalización y Emergencia. 6) Proyecto de mejora: contingenciales	Proyecto de mejora elaborado Plan de mejora elaborado proyecto de mejora elaborado proyectos de mejora aprobados	1 1 1 1	Jefe de la OGC/Equipo de la OGC/Equipos de mejora de los servicios Jefe de la OGC/Equipo de la OGC/Equipos de mejora de los servicios Jefe de la OGC/Equipo de la OGC/Equipos de mejora de los servicios Jefe de la OGC/Equipo de la OGC/Equipos de mejora de los servicios													600
5	Aprobación de los proyectos de mejora de la calidad de atención	Proyectos de mejora aprobados	3	Dirección General / Jefe de la OGC													
6	Elaboración de consolidado de proyectos de mejora /planes de mejora de calidad según su respectiva etapa y su temática abordada.	Informe	2	Equipo de la OGC													60
7	Elaboración del informe respectivo de los diferentes proyectos y/o acciones de mejora que han mostrado resultados positivos y han sido socializados para el abordaje de alguna problemática identificada.	Informe	2	Equipo de la OGC													160
8	Presentación del informe del total de proyectos y/o acciones de mejora realizados en el último semestre y que han mostrado resultados positivos sobre alguna problemática identificada remitidas a la DISA LIMA - CIUDAD /DIRECCIÓN DE CALIDAD.	Informe remitido	2	Jefe de la OGC													50

ACTIVIDAD



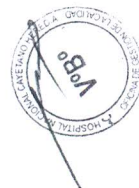


CRITERIOS DE PROGRAMACION		UNIDAD DE MEDIDA	META	RESPONSABLES	CRONOGRAMA												PRESUPUESTO
					ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC	
10	Información trimestral sobre resultados de la aplicación de la herramienta (Diagrama de Pareto) en establecimientos de salud del segundo y tercer nivel de DIRESA/DISA/GERESA.																
	1 El Hospital, tiene identificado y documentado por cada uno de sus servicios las diferentes causas que originan alguna problemática en particular.	Informe	4	Jefe de la OGC				X									
	2 El Hospital, ha realizado el Diagrama de Pareto de las diferentes causas que originan alguna problemática en particular y es socializado con cada uno de los servicios que reportaron sus hallazgos	Informe	4	Jefe de la OGC				X									
	3 El Hospital, cuenta con una programación de actividades a realizar por parte de cada hospital (Diagrama de Gantt) para abordar las causas de la problemática hospitalaria encontrada con el Diagrama de Pareto Hospitalario	Informe	4	Jefe de la OGC				X									
	4 El Hospital, ha reportado formalmente a la Dirección de Calidad en Salud DISA V - MINSA (trimestralmente) los resultados de la implementación del Diagrama de Pareto en cada uno de sus servicios	Informe	4	Jefe de la OGC				X									
																	500
11	Información trimestral sobre resultados de la aplicación de la metodología en establecimientos de salud del segundo y tercer nivel de DIRESA/DISA/GERESA.																
	1 Estudio de tiempos y movimientos en la consulta externa para la disminución de los tiempos de espera en los procesos de atención en consulta externa	Informe	2	Jefe de la OGC													
																	300





CRITERIOS DE PROGRAMACION				UNIDAD DE MEDIDA	META	RESPONSABLES	CRONOGRAMA												PRESUPUESTO		
							ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC			
12	Informe anual de aplicación de grupos de enfoque en establecimientos de salud del segundo y tercer nivel de DIRESA/DISA/GERESA.															X					
ACTIVIDADES	1	Aplicación de grupos de enfoque como mecanismo de participación ciudadana para la mejora de la satisfacción del usuario externo en Consulta Externa				Focus group aplicado	1													250	
	2	Elaboración del Informe de la aplicación de grupos de enfoque a la DISA- MINSA				Informe Remitido	1				X										
	3	Aplicación de grupos de enfoque como mecanismo de participación ciudadana para la mejora de la satisfacción del usuario externo en Hospitalización				Focus group aplicado	1						X							250	
	4	Elaboración del Informe de la aplicación de grupos de enfoque a la DISA- MINSA				Informe Remitido	1							X							
	5	Aplicación de grupos de enfoque como mecanismo de participación ciudadana para la mejora de la satisfacción del usuario externo en Emergencia				Focus group aplicado	1									X				250	
	6	Elaboración del Informe de la aplicación de grupos de enfoque a la DISA- MINSA				Informe Remitido	1									X					
13	Información anual de medición de la satisfacción de los usuarios externos en establecimientos de salud con categoría I-3 al III-2.																	X			
ACTIVIDADES	1	Medición de la satisfacción de los usuarios externos en la Consulta Externa				Medición realizada	1											X			3600
	2	Elaboración del informe sobre de la medición de la satisfacción de los usuarios externos en la consulta externa				Informe Elaborado	1											X			
	3	Presentación de la información de la medición de la satisfacción de los usuarios externos en la consulta externa a la DISA- MINSA				Informe Remitido	1											X			
	4	Medición de la satisfacción de los usuarios externos en hospitalización				Medición realizada	1														
	5	Elaboración de informe sobre de la medición de la satisfacción de los usuarios externos en hospitalización .				Informe elaborado	1											X			
	6	Presentación de la información de la medición de la satisfacción de los usuarios externos en la hospitalización a la DISA- MINSA				Informe Remitido	1											X			
	7	Medición de la satisfacción de los usuarios externos en Emergencia				Medición realizada	1												X		
	8	Elaboración del informe sobre de la medición de la satisfacción de los usuarios externos en Emergencia .				Informe Elaborado	1												X		
	9	Presentación de la información de la medición de la satisfacción de los usuarios externos en Emergencia a la DISA- MINSA				Informe Remitido	1												X		





Objetivo 3.- Identificar oportunidades de mejora a través de las reclamaciones presentadas en el libro de reclamaciones.

ACTIVIDAD A DESARROLLAR	UNIDAD DE MEDIDA	META TOTAL A EJECUTAR	RESPONDABLES	CRONOGRAMA												PRESUPUESTO	
				E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D		TOTAL
Monitoreo de la implementación del Libro de reclamaciones	Informe	4	Jefe de la OGC/Equipo de la OGC			X			X			X					500
Elaboración de consolidados de las reclamaciones atendidas en el establecimiento	Informe	4	Jefe de la OGC/Equipo de la OGC						X			X			X		-
Análisis de las reclamaciones más frecuentes en el establecimiento según la herramienta de Pareto	Informe	4	Jefe de la OGC/Equipo de la OGC			X			X			X			X		-
Otorgamiento de las respuestas a los usuarios que presentan sus reclamaciones quejas	Informe	4	Jefe de la OGC/Equipo de la OGC														
Presentación de informes trimestrales a la DISA/ Defensoría de la Salud.	Informe	3	Jefe de la OGC/Equipo de la OGC	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		200
							X			X					X		-





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 2014 del Hospital Nacional Cayetano Heredia es responsabilidad del Jefe de la Oficina de Gestión de Calidad y de los jefes de las unidades orgánicas según corresponda.

