

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ



PLAN ANUAL DE GESTION
DE LA CALIDAD
2020

"Mi trato es para ti, el mismo que quiero para mi"





INDICE

I. Introducción..... 3

II. Finalidad..... 3

III. Misión y Visión..... 3

IV. Objetivos

 4.1.Objetivo General..... 5

 4.2.Objetivos Específicos..... 5

V. Base Legal..... 10

VI. Ámbito de aplicación..... 11

VII.Recursos Disponibles..... 11

VIII.Contenido

 8.1. Aspectos Técnicos Conceptuales..... 12

IX. Estrategias..... 13

X. Indicadores..... 13

XI. Anexos

 11.1. Matriz de Trabajo de Acciones Operativas y Tareas..... 15

 11.2 Matriz de Cronograma de Programación del Plan de Gestión de la Calidad en Salud 2020..... 16



I. INTRODUCCION

Nuestra Institución Hospital Carlos Lanfranco la Hoz viene trabajando en uno de sus objetivos principales que es brindar una atención en salud con calidad y calidez, para esto se suma el esfuerzo de todos trabajadores que forman parte del sistema de salud. Debemos recordar que la baja calidad de la atención constituye actualmente uno de los mayores obstáculos para enfrentar con éxito los problemas sanitarios reconocidos como prioridades nacionales principalmente la mortalidad materna, la mortalidad neonatal y la desnutrición infantil, la que a diferencia de otros problemas de salud, requieren una adecuada capacidad de atención y fundamentalmente intervenciones de calidad.

Debemos señalar que Gestión de la Calidad en Salud es diseñar, planificar, evaluar y supervisar las actividades de mejoramiento y garantía de la calidad, teniendo como fin supremo la satisfacción del usuario; actualmente se ha logrado realizar capacitaciones de sensibilización y humanización con todo el personal de la Institución en temas de calidad, a fin de poder garantizar una adecuada atención.

La Unidad de Gestión de la Calidad elabora el presente documento "Plan de Gestión de la Calidad del HCLLH" que reúne todas las actividades que están incluidas en cada una de las líneas de trabajo del Sistema de Gestión de la Calidad, como son: Acreditación, Auditoría, Seguridad del Paciente, Medición de Satisfacción del usuario externo y Mejora Continua. Cada línea de acción tiene sus actividades propias según sus objetivos específicos, plenamente desarrollados

El presente Plan de Gestión de la Calidad, es un instrumento que nos permitirá supervisar que todas las áreas del sistema de calidad estén operando eficientemente, realizando un control de todos los procesos (medir), mejorando los procedimientos (mejora continua) y nos servirá como base para aplicar acciones correctivas y/o preventivas.

Como estrategias para poder cumplir con las acciones presentadas dentro del plan es fortalecer las capacidades técnicas de los comités involucrados en temas de calidad, así como la capacidad operativa del equipo de Gestión de la Calidad y derechos de las personas.

De igual modo consideramos que para poner en marcha estos procesos que conlleven a garantizar la prestación de dichos servicios, es necesario el compromiso de todo el personal, especialmente en quienes ejercen liderazgo y los que desempeñan cargos directivos, evidenciándose también la necesidad de impulsar el trabajo en equipo.

II.- FINALIDAD

El presente plan tiene como finalidad establecer objetivos, resultados y actividades orientadas a la mejora continua de los procesos estratégicos, misionales y de apoyo, del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz.

III. MISION Y VISION

Misión: El Hospital Carlos Lanfranco La Hoz de nivel II – 2, brinda los servicios de Salud Básica y especialidad con calidad e inclusión social en el marco de la atención integral basado

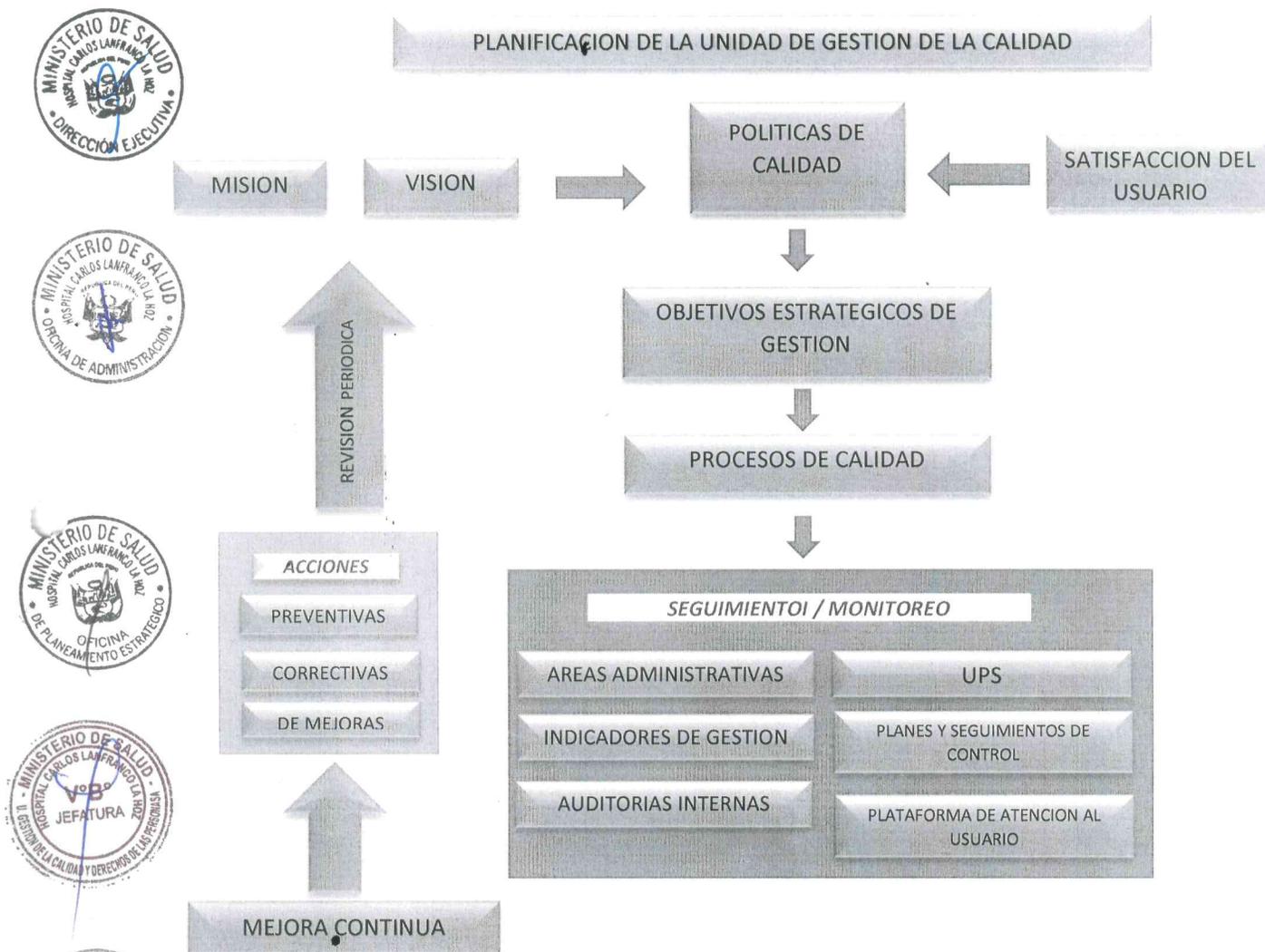


en la persona, familia y comunidad con el enfoque preventivo, curativo y recuperativo a la población de los distritos de Puente Piedra, Santa Rosa y Carabaylo, contribuyendo al empoderamiento de nuevos estilos de vida que conllevan a mejorar la salud de nuestra población.

Visión: Para el presente año, nuestra institución se compromete a cumplir con las necesidades de atención integral de salud fortaleciendo los estándares que permitan brindar un mejor servicio en salud hasta lograr la satisfacción del Usuario.

Misión de la Unidad de Gestión de la Calidad:

La Unidad de Gestión de la Calidad el órgano encargado de implementar el Sistema de Gestión de la Calidad en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz promover la mejora continua de la atención asistencial y administrativa del usuario externo, con la participación activa del personal.





IV. OBJETIVOS:

a. Objetivo General:

Mejorar la calidad de los servicios de salud en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz mediante la gestión y mejora de los procesos misionales, gerenciales y de apoyo con participación del Equipo de Gestión y personal del Hospital, que permita contribuir en la calidad de vida del ciudadano, su familia y la comunidad.

b. Objetivos específicos:

La Unidad de Gestión de la Calidad cuenta con planes de trabajo por cada línea de acción, en el cual están establecidos las actividades y tareas que orientan al cumplimiento de los objetivos.

O.E.1: Implementar el sistema de Gestión de la Calidad en el HCLLH.

- 1.1 Elaboración e implementación del Plan Anual de Gestión de la Calidad.
 - Elaboración y aprobación del Plan Anual de Gestión de la Calidad 2020.
- 1.2 Realizar las propuestas de conformación o reconfiguración de los Comités afines a los aspectos de Gestión de la Calidad.
 - Reporte del Plan Anual de Gestión de la Calidad 2020.
- 1.3 Formulación de los Planes específicos referidos a la Gestión de la Calidad.
 - Formulación de los planes específicos referidos a la Gestión de la Calidad.
 - Los responsables de cada Área de la UGC emitirán sus informes de las actividades ejecutadas de su respectivo Plan de Trabajo.
- 1.4 Elaboración y formulación del Plan de Capacitación del trato digno al usuario en el marco de la calidad y seguridad de la atención.
 - Elaboración y formulación del Plan de Capacitación Trato Digno.
 - Elaboración de los informes de los planes de capacitación por actividades.
- 1.5 Reporte del Plan Anual de Gestión de la Calidad.
 - Reporte del Plan Anual de Gestión de la Calidad 2020.

O.E.2: Desarrollar el Proceso de Autoevaluación en el marco de la Acreditación del HCLLH.

- 2.1 Propuesta y formulación de un Plan de Autoevaluación para la Acreditación.
 - Conformación del Equipo de Acreditación.
 - Elaboración y aprobación del Plan de Autoevaluación para la Acreditación del HCLLH 2020.
 - Conformación del Equipo de Evaluadores Internos.





2.2 Entrenamiento de Evaluadores Internos en la Norma Técnica de Salud: Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.

- Realizar el Taller de capacitación referente a la Norma Técnica de Salud: Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos.

2.3 Ejecución de la Autoevaluación en base a criterios y estándares.

- Difusión del Proceso de autoevaluación.
- Reunión de análisis de las fuentes de verificación de los criterios de acreditación con el equipo de evaluadores internos y responsables de los macroprocesos.
- Comunicación del inicio de la autoevaluación.
- Aplicación de la Lista de Estándares de Acreditación.

2.4 Analizar los resultados del Proceso de Autoevaluación.

- Procesamiento de datos y análisis de los resultados.
- Elaboración del informe de proceso de autoevaluación.
- Socialización del informe del proceso de autoevaluación.

2.5 Implementación de planes y/o acciones de mejora relacionados a los resultados de Autoevaluación.

- Monitoreo y seguimiento de la implementación de los resultados por Macroproceso.
- Informe que señala el porcentaje de implementación de las mejoras en base a la Autoevaluación realizada.



O.E.3: Desarrollar Proyectos de Mejora Continua de la Calidad en base a los resultados obtenidos en la medición, estudios o auditorías realizadas en la Gestión de la Calidad.

3.1. Fortalecer competencias en Mejora Continua de la Calidad para la elaboración de proyectos y/o acciones de mejora en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz.

- Elaborar y aprobar el Plan de Mejora para la Calidad del HCLLH 2020.
- Conformación de los equipos de mejoramiento continuo con documento oficial.
- Capacitación para fortalecer los conocimientos, actitudes y prácticas del personal referidos a la Gestión de Proyectos de Mejora Continua.

3.2. Promover la implementación de Proyectos y/o Acciones de mejora relacionados a la problemática sanitaria.

- Elaborar el listado de acciones / planes / proyectos de mejora para su desarrollo.

3.3. Monitoreo, supervisión y evaluación de la implementación de los procesos de mejora en los servicios hospitalarios.

- Monitoreo y supervisión de acciones / planes/ proyectos de mejora.





O.E.4: Fortalecer la Gestión del Riesgo y las Buenas Prácticas en Seguridad de Paciente.

4.1 Implementar el Plan de Seguridad del Paciente 2020 del HCLLH.

- Elaborar el Plan de Seguridad del Paciente 2020 del HCLLH.

4.2 Conformar mediante Resolución Directoral los Equipos de:

- Fortalecimiento del Sistema de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinelas.
- Rondas de Seguridad y Gestión de Riesgos del Paciente.
- Lista de Verificación Segura.
- Comités de Seguridad.

4.3 Capacitación a los Gestores de Riesgo (Equipos) formalmente designados.

- Capacitar a los Gestores de Riesgo, Equipos formalmente designados y personal asistencial referente a la Notificación de Eventos Adversos.
- Capacitar a los Gestores de Riesgo, Equipos formalmente designados y personal asistencial referente a Rondas de Seguridad.
- Capacitación para fortalecer conocimientos, actitudes y prácticas a los profesionales de salud sobre la Lista de Verificación de Cirugía Segura.

4.4 Gestión del Sistema de Vigilancia y Respuesta frente a Eventos Adversos.

- Elaborar el reporte de Servicios que notifican Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinelas.
- Consolidar la información remitida por parte de los Servicios con respecto a los Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinelas.
- Seguimiento y monitoreo de los reportes de Notificación de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinelas.

4.5 Implementación y ejecución de Rondas de Seguridad para disminuir los riesgos durante la atención.

- Realizar Rondas de Seguridad.
- Consolidar las medidas de seguridad del paciente efectuadas por lista de chequeo de Rondas de Seguridad.

4.6 Acciones de Monitoreo, supervisión y evaluación del cumplimiento en la aplicación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía Segura en Centro Quirúrgico.

- Evaluar los registros de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía en las cirugías electivas, de emergencia y locales.
- Monitorizar la aplicación de la LVCS.
- Realizar la Encuesta para evaluar la Implementación de la Seguridad de la Cirugía.

•





O.E.5: Realizar la Auditoría de la Calidad de Atención en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz para fortalecer la calidad de servicio.

5.1 Elaboración, Supervisión, Monitoreo y Evaluación de la Implementación del Plan Anual de Auditoría 2020.

- Elaborar el Plan de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud 2020.
- Difusión el Plan de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud 2020.

5.2 Conformación de una estructura funcional para realizar las Auditorías de la Calidad de atención en salud en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz.

- Ratificar los Comités de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud con RD.

5.3 Promover la capacitación continua del Comité de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud a fin de mejorar los conocimientos en temas relacionados.

- Capacitar a los profesionales de salud en el marco normativo de auditoría de salud y/o uso de GP, instrumentos AGREE, medicina basada en evidencias.

5.4 Programar el desarrollo de Auditorías de Calidad y de Caso que mejoren la calidad de atención.

- Realizar auditorías de Calidad de Registro programadas según lo establecido en el plan.
- Realizar auditorías de Caso según demanda.
- Realizar auditoría programada para evaluar adherencia a GPC del HCLLH.

5.5 Mejorar en forma continua los procesos de atención retroalimentando a los profesionales de la salud con los resultados de las auditorías.

- Realizar el seguimiento del cumplimiento de las recomendaciones de las auditorías realizadas.
- Realizar Planes de Mejora según lo requerido. Apoyo en la Revisión de GPC elaboradas por los Departamentos.
- Evaluar el avance y cumplimiento del Plan Anual de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud 2020.

O.E.6: Medir la satisfacción de los Usuarios Externos

6.1 Medir el nivel de satisfacción de usuarios externos (Encuesta SERVQUAL) en Consulta Externa, Hospitalización y Emergencia, para gestionar aspectos críticos.

- Elaborar el Plan de Trabajo para la aplicación Encuesta de Satisfacción al Usuario Externo 2020.
- Capacitación de Encuestadores SERVQUAL.
- Aplicación de encuestas SERVQUAL 2020 (Consultorios Externos, Emergencia y Hospitalización)
- Informe y Socialización del Estudio de Satisfacción Usuarios Externos 2020, (resultados, conclusiones y recomendaciones).





6.2 Medir el tiempo de espera en la atención de usuarios externos para identificar oportunidades de mejora.

- Elaboración Plan de Trabajo para aplicación encuesta Tiempo de Espera en Emergencia, Consultorios Externos, Farmacia y Laboratorio.
- Aplicación de la Encuesta de Tiempo de Espera en formatos específicos.
- Establecer estándares de tiempo predeterminados por cada actividad realizada.

6.3 Monitoreo y seguimiento de las recomendaciones de los resultados en el Informe de Satisfacción al Usuario y el Buen Trato.

- Realizar el seguimiento del cumplimiento de las recomendaciones para mejorar la satisfacción del usuario.
- Realizar el seguimiento de las recomendaciones para mejorar en el Buen Trato.

6.4 Fortalecer competencias de Humanización en Salud al personal que tiene trato directo con el usuario externo.

- Capacitar al personal que tiene trato directo con el usuario externo en temas de Buen Trato, Humanización en Salud, Deberes y Derechos de los Usuarios.

6.5 Propiciar el desarrollo de modelos conceptuales en relación al Buen Trato en el proceso de servicios de salud humanizado.

- Socializar la Ley N° 29914 que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud, precisando el alcance de los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud.



O.E.7: Gestión de las Relaciones con el Usuario Externo: Plataforma de Atención al Usuario, Libro de Reclamaciones y Buzón de Sugerencias.

7.1 Impulsar la participación ciudadana, a través de mecanismos de recolección de la información sobre sus necesidades específicas y opiniones; información que toda gestión debe implementar, controlar y mejorar.

- Elaborar y aprobar el Plan Anual de Plataforma de Atención al Usuario (PAU) del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz.
- Reunión de coordinación entre la Responsable del PAU y los Orientadores.
- Reunión de coordinación con los Jefes de Unidades, Departamentos y Servicios del HCLLH.
- Remitir información a la Jefatura de la Unidad de Gestión de la Calidad.

7.2 Fortalecer competencias de los profesionales y técnicos en Promoción y Protección de los Deberes y Derechos de las Personas.

- Difusión de los Deberes y Derechos de los Usuarios de los Servicios de Salud (Ley N° 29914).

7.3 Fortalecer competencias en Humanización de la Atención en Salud.

- Realizar talleres sobre Humanización en Salud al personal de Plataforma de Atención al Usuario.





- Realizar talleres sobre Humanización en Salud dirigido al usuario interno.
- 7.4 Desarrollar mecanismos que faciliten a los usuarios el acceso a la información, a las prestaciones y servicios.
- Elaboración, visualización y difusión del flujograma del proceso de atención de la Plataforma de Atención al Usuario, manejo del libro de reclamaciones.
 - Actualizar el Comité de Buzón de Sugerencias del HCLLH, designado mediante Resolución Directoral.
 - Gestionar oportunamente los Buzones de Sugerencias, debidamente representado por un Comité designado mediante Resolución Directoral.
 - Diseñar banner, trípticos o folletos para los usuarios que les facilite acceder a la información de su interés.
 - Talleres informativos para el usuario externo sobre Derechos, Libro de Reclamaciones y Buzón de Sugerencias.

V. BASE LEGAL

- ✓ Ley 26842. Ley General de Salud.
- ✓ Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud y el Reglamento de Organización y Funciones DS. N° 008-2017-SA-MINSA modificado por DS N° 011-2017-SA.
- ✓ Decreto Supremo N 013-2006-SA, que aprueba el Reglamento de Establecimientos y Servicios Médicos de Apoyo.
- ✓ Ley N° 29414 que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud.
- ✓ RM 519-2006/MINSA - Sistema de Gestión de la Calidad en Salud.
- ✓ RM 596-2007/MINSA - Plan Nacional de Gestión de la Calidad en Salud.
- ✓ RM 727-2009/MINSA - Política Nacional de Calidad en Salud.
- ✓ Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública - Ley N° 27927, que modifica la Ley N° 27806.
- ✓ RM 456-2007/MINSA - NTS 050-MINSA/DGSP-V.02: Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- ✓ Decreto Supremo N° 030-2016-SA. Reglamento para la Atención de Reclamos y Quejas de los Usuarios de las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud - IAFAS, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPRESS y Unidades de Gestión de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - UGIPRESS, públicas, privadas y mixtas.
- ✓ RM 692-2012/MINSA - Semana de la Calidad en Salud.
- ✓ Norma Técnica de la Historia Clínica de los Establecimientos de Salud del Sector Público y Privado - R.M. N° 776-2004/MINSA; N.T. N° 022-MINSA/DGSP-V02.
- ✓ RM 502-2016/MINSA – NTS 029-MINSA/DGSP-V.02: Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud.
- ✓ RM N° 676-2006 - Plan Nacional para la Seguridad del Paciente.
- ✓ DS 004-2013-PCM-Política de Modernización de la Gestión Pública.
- ✓ RM N° 527-2011-MINSA. Guía Técnica para la Evaluación de la Satisfacción del Usuario Externo en los Establecimientos de salud y Servicios Médicos de Apoyo.





- ✓ RM N° 095-2012-MINSA. Guía Técnica para la Elaboración de Proyectos de Mejora y la Aplicación de técnicas y Herramientas para la Gestión de la Calidad.
- ✓ RM N° 850-2016/MINSA, que aprueba las "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud".
- ✓ RJ 393-2016-IGSS; Directiva Sanitaria N° 003-IGSS-V-01. Rondas de Seguridad y Gestión de Riesgo para la Seguridad del Paciente.
- ✓ RJ 631-2016-IGSS; Directiva Sanitaria N° 005-IGSS-V.1. Sistema de Registro y Notificación de Eventos Adversos y Eventos centinela.

VI. AMBITO DE APLICACIÓN

El presente Plan Anual de Gestión de la Calidad 2020 es de aplicación en todas las unidades orgánicas y funcionales del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, comprende a todos los servicios de salud ofrecidos a los usuarios.

VI. RECURSOS DISPONIBLES

a) Recursos Humanos

La Unidad de Gestión de la Calidad para dar cumplimiento a sus actividades cuenta con los siguientes profesionales:

PROFESIONAL	CARGO	NOMBRADO	CAS	SERV. TERCERO	TOTAL
Contadora	Jefatura	01			01
Técnico Administrativo	Secretaría			01	01
Lic. en Educación	Resp. Área de Mejora para la C.		01		01
Lic. en Enfermería	Resp. Área de Garantía para la C.			01	01
Médico Auditor	Médico Auditor			01	01
Economista	Economista	01			01
Lic. Administración	Resp. Area de Información C.	01			01
Abogada	Resp. Plataforma de Atención al Usuario	01			01
Asistentes Administrativos	Orientadores de la PAU	02	01	04	07
					16

b) Recursos Informáticos y Mobiliario

N°	DESCRIPCION	Cantidad
1	Pentium IV nueva	01
2	Pentium IV Reparadas	02
3	Laptops reparadas	02
4	Impresora láser jet reparada	01
5	Escritorios de madera (estado conservado)	01
6	Escritorio de metal (estado conservado)	06
7	Anaqueles de metal (estado conservado)	04
8	Anaqueles de madera (estado conservado)	01
9	Sillas plásticas (estado conservado)	08
10	Mesa de trabajo de madera (estado conservado)	01



VIII. CONTENIDO

8.1 ASPECTOS TÉCNICOS CONCEPTUALES

Para la implementación del Sistema de Gestión de Calidad es importante tener en consideración los enfoques conceptuales y los principios que la rigen:

a) ENFOQUES CONCEPTUALES PARA UNA POLÍTICA DE CALIDAD EN SALUD

- Calidad en salud como expresión del desarrollo humano.
- Calidad en salud como expresión de derecho a la salud.
- Calidad en salud como enfoque gerencial en las organizaciones de salud.
- Calidad en salud como estrategia de desarrollo y mejoramiento de los servicios de salud.

Estos enfoques conceptuales permiten reforzar la orientación de la gestión de la calidad con relación a:

Las personas, provisión de servicios de salud seguros, oportunos, accesibles y equitativos; calidad con enfoque intercultural y de género; búsqueda de la satisfacción de los usuarios; acceso a los mecanismos de atención al usuario.

Los Trabajadores, cultura ética de la calidad; trabajo en equipo.

Las unidades prestadoras, asesoría sostenida; gestión de recursos; mejoramiento continuo; evaluación de los procesos prestacionales.

La sociedad, participación social para la calidad en salud.

b) PRINCIPIOS DE SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD

- **Enfoque al usuario**, la institución depende de sus usuarios por lo tanto debe entender sus necesidades presentes y futuras, satisfacer sus demandas específicas y esforzarse en exceder sus expectativas.
- **Liderazgo**, el cumplimiento de los objetivos de la calidad requiere de líderes que conduzcan a sus servicios a la mejora continua.
- **Participación del personal**, el personal de todos los niveles es la esencia de la institución, pues mediante su compromiso posibilita el uso de sus habilidades y conocimientos en beneficio de la calidad.
- **Enfoque basado en procesos**, un resultado se alcanza más eficientemente cuando las actividades y los recursos relacionados se gestionan como procesos.
- **Enfoque sistemático para la gestión**, identificar, comprender y gestionar los procesos interrelacionados como sistema, contribuye a la eficiencia y eficacia de la institución.





- **Mejora continua de la calidad**, la mejora continua del desempeño global de la institución debe generar una necesidad permanente de elevar los estándares de calidad técnicos, humanos y administrativos.
- **Toma de decisiones basada en evidencias**, las decisiones eficaces se basan en el análisis de datos y la información.

IX. ESTRATEGIAS

La Unidad orgánica de realizar el monitoreo, supervisión y evaluación de las acciones programadas en el Plan de Gestión de la Calidad 2020, es la Unidad de Gestión de la Calidad, para lo cual coordinará con los diferentes Comités sobre el desarrollo de las diferentes dimensiones, promoviendo la evaluación, implementación de los reajustes y detectando los logros y dificultades

Como estrategias para poder cumplir con las acciones presentadas dentro del plan es fortalecer las capacidades técnicas de los comités involucrados en temas de calidad, así como la capacidad operativa del equipo de Gestión de la Calidad y derechos de las personas.

X. INDICADORES

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:

TIPO	INDICADOR		VALOR ESPERADO 2020
	NOMBRE	DESCRIPCION	
RESULTADO	Porcentaje de quejas resueltas por el HCLLH	N° de quejas resueltas X 100/N° de quejas recibidas	85%
RESULTADO	Proporción de usuarios externos que perciben trato adecuado en el HCLLH	N° de usuarios externos encuestados que perciben buen trato X 100 / N° total de usuarios encuestados	85%
RESULTADO	Porcentaje de usuarios externos informados satisfactoriamente	N° de usuarios externos encuestados que manifiestan que la información recibida en la atención es entendible y completa X 100 / N° total de usuarios externos encuestados	85%
ESTRUCTURA	Porcentaje de servicios que cuentan con equipos de MCC	N° de servicios que cuentan con equipos de MCC X 100/ Total de servicios	60%



TIPO	INDICADOR		VALOR ESPERADO 2020
	NOMBRE	DESCRIPCION	
RESULTADO	Porcentaje de usuarios atendidos en consulta externa, emergencia y hospitalización que percibieron privacidad durante la atención	N° de usuarios atendidos en consulta externa, emergencia y hospitalización encuestados que percibieron privacidad durante la atención X 100/ Total de usuarios atendidos en consulta externa, emergencia y hospitalización encuestados	85%
RESULTADO	Porcentaje de satisfacción del usuario externo	N° de usuarios externos encuestados satisfechos X 100/ Total de usuarios externos encuestados	85%
PROCESO	Porcentaje de conformidad de casos de eventos centinelas auditados	N° de casos de eventos centinelas auditados con conformidad X 100 Total de casos de eventos centinela auditados	80%
PROCESO	Tasa de auditorías de calidad de registro	<u>N° auditorías de calidad de registro realizadas</u> / Total auditorías de calidad de registro programadas	60%
PROCESO	Tasa de auditorías de calidad aprobadas.	<u>N° HCL auditadas aprobadas</u> / Total de HCL auditadas	60%
PROCESO	Tasa de auditorías de caso	<u>N° Auditorías de Caso realizadas</u> / Total de auditorías de Caso programadas	60%
PROCESO	Tasa de Recomendaciones Implementadas.	<u>N° Recomendaciones implementadas en auditoría</u> / Total de Recomendaciones emitidas a los servicios	60%
PROCESO	Tasa de profesionales que conforman el Comité de auditoría capacitados	<u>N° profesionales capacitados en auditoría</u> / Total de profesionales programados	60%
PROCESO	Tasa de HCL auditadas con consentimiento informado	<u>N° de HCL auditadas con Consent. Informado</u> / Total de HCL auditadas	60%



XI. ANEXOS





A. 11.2 MATRIZ DE CRONOGRAMA DE PROGRAMACIÓN DEL PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD 2020 - HCLLH

O.E.	ACTIVIDADES	TAREAS	UNIDAD DE MEDIDA	META	CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN AÑO 2020												RESPONSABLE	
					ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGS	SET	OCT	NOV	DIC		
1. Implementar el Sistema de Gestión de la Calidad en el HCLLH	Elaboración e implementación del Plan Anual de Gestión de la Calidad 2020	Aprobación del Plan Anual de Gestión de la Calidad 2020	Plan - RD	1	X													U. Gestión de la Calidad Dirección Ejecutiva
	Realizar las propuestas de conformación o reconfirmación de los Comités afines a los aspectos de Gestión de la Calidad.	Reporte del Plan Anual Gestión de la Calidad	Informe	1			X										X	U. Gestión de la Calidad
	Formulación de los Planes específicos referidos a la Gestión de la Calidad	Formulación de los Planes específicos referidos a la Gestión de la Calidad	Planes de Trabajo	7														U. Gestión de la Calidad
	Los responsables de cada Área de la UGC emitirán sus informes de las actividades ejecutadas de su respectivo Plan de Trabajo.		Informes	4			X				X						X	Resp. Áreas de UGC
	Elaboración y formulación del Plan de Capacitación del trato digno.	Elaboración y formulación del Plan de Capacitación del trato digno.	Plan - RD	1	X													U. Gestión de la Calidad
Elaboración y formulación del Plan de Capacitación del trato digno al usuario en el marco de la calidad y seguridad de la atención.	Elaboración de los Informes de los planes de capacitación por actividades.	Informe	5			X				X						X	U. Gestión de la Calidad	
Reporte del Plan Anual Gestión de la Calidad	Reporte del Plan Anual Gestión de la Calidad	Informe	2								X						X	U. Gestión de la Calidad





O.E.	ACTIVIDADES	TAREAS	UNIDAD DE MEDIDA	META DE CUMPLIMIENTO	CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN AÑO 2020												RESPONSABLE		
					EHE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGS	SET	OCT	NOV	DIC			
2. Desarrollar el Proceso de Autoevaluación en el marco de la Acreditación del HCLLH	Propuesta y formulación del Plan de Autoevaluación	Conformación del Equipo de Acreditación Elaboración y aprobación del Plan de Autoevaluación para la Acreditación del HCLLH Conformación del Equipo de Evaluadores Internos	Resolución Directoral Plan - RD Resolución Directoral	1 1 1	X X X													Dirección General Resp. Área de Mejora para la Calidad Dirección General	
	Entrenamiento de Evaluadores Internos en la Norma Técnica de Salud: Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.	Realizar el Taller de capacitación referente a la Norma Técnica de Salud: Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos.	Informe	30		X													Unidad de Personal/ Área de Capacitación
	Ejecución de la Autoevaluación en base a criterios y estándares.	Difusión de proceso de autoevaluación Reunión de análisis de las fuentes de verificación de los criterios de acreditación con el equipo de evaluadores internos y responsables de macroprocesos. Comunicación del inicio de la Autoevaluación al DIRIS LN	Correo electrónico Página web Listado Oficio	1 1 1		X					X								Unidad de Gestión de la Calidad Equipo de Evaluadores Internos Dirección Ejecutiva
	Análisis de los resultados de la Autoevaluación	Aplicación de la lista de estándares de acreditación Procesamiento de datos y análisis de resultados Elaboración del informe del proceso de autoevaluación	Ficha de la Lista de Estándares Hojas de Registro de datos para la autoevaluación Datos en aplicativo MINSU Informe	1 1 1							X								Evaluadores Internos Resp. Área de Mejora para la Calidad Resp. Área de Mejora para la Calidad
	Implementación de planes y/o acciones de mejora relacionados a los resultados de Autoevaluación.	Socialización del informe con los diferentes Organos y Unidades Organicas del HCLLH. Monitoreo y seguimiento de la implementación de las recomendaciones. Informe que señala el porcentaje de implementación en base a la evaluación realizada.	Acta de Reunión Hojas de Registro de datos Informe	1 21 1									X						Unidad de Gestión de la Calidad Evaluadores Internos Unidad de Gestión de la Calidad





O.E.	ACTIVIDADES	TAREAS	UNIDAD DE MEDIDA	META	CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN AÑO 2020												RESPONSABLE	
					ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGS	SET	OCT	NOV	DIC		
3. Desarrollar Proyectos de Mejora Continua de la Calidad en base a Iso resultados obtenidos en la medición, estudios o auditorías realizadas en la Gestión de la Calidad	Fortalecer competencias en Mejora Continua de la Calidad para la elaboración de proyectos y/o acciones de mejora en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz.	Elaborar y aprobar el Plan de Mejora para la Calidad del HCLH 2020	Plan-RD	1	X													U. Gestión de la Calidad Dirección Ejecutiva
		Conformación de los equipos de mejoramiento continuo con documento oficial	RD	1	X													Dirección Ejecutiva
	Capacitación para fortalecer los conocimientos, actitudes y prácticas referidos a la Gestión de Proyectos de Mejora Continua	Informe	2		X												X	U. Gestión de la Calidad U. Personal
3. Desarrollar Proyectos de Mejora Continua de la Calidad en base a Iso resultados obtenidos en la medición, estudios o auditorías realizadas en la Gestión de la Calidad	Implementación de Proyectos y/o acciones de mejora relacionados a la problemática sanitaria.	Elaborar el listado e acciones / planes / proyectos de mejora	Listado	2							X							Equipos de Mejora
		Monitoreo, supervisión y evaluación de la implementación de los procesos de mejora en los servicios hospitalarios.	Informe	2										X				X





O.E.	ACTIVIDADES	TAREAS	UNIDAD DE MEDIDA	META	CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN AÑO 2020												RESPONSABLE
					EHE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGS	SET	OCT	NOV	DIC	
4. Fortalecer la Gestión del Riesgo y las Buenas Prácticas en Seguridad del Paciente	Implementar el Plan de Seguridad al Paciente 2020 del HCLLH.	Elaborar el Plan Anual de Seguridad al Paciente del HCLLH	Plan- RD	1	X												Resp. Área de Garantía para la Calidad
	Conformar mediante Resolución Directoral los Equipos de:	Actualización del equipo de: Fortalecimiento del Sistema de Notificación de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinelas. - Rondas de Seguridad y Gestión de riesgos del paciente. - Lista de verificación de Cirugía Segura. - Comité de Seguridad.	Resolución Directoral	4		X											U. Gestión de la Calidad Dirección Ejecutiva
	Capacitación a los Gestores de Riesgo (Equipos) formalmente designados	Capacitar a los Gestores de Riesgo, Equipos formalmente designados y personal asistencial referente a la Notificación de Eventos Adversos	Informe	3		X											U. Gestión de la Calidad U. Personal
		Capacitación a los Gestores de Riesgo, Equipos formalmente designados y personal asistencial referente a Rondas de Seguridad.	Informe	3		X											U. Gestión de la Calidad Personal
		Capacitación a los profesionales de la salud para fortalecer conocimientos, actitudes y prácticas sobre la Lista de Verificación de Cirugía Segura.	Informe	3		X											U. Gestión de la Calidad Personal
		Elaborar el reporte de servicios que notifican Incidentes, Eventos Adversos y Evento Centinelas.	Registro de asistencia por servicio	12	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Resp. Área de Garantía para la Calidad
		Consolidar la información remitida por los servicios con respecto a los incidentes, Eventos Adversos y Evento Centinelas.	Informe	4		X											Resp. Área de Garantía
		Monitoreo y seguimiento de la notificación de incidentes, eventos adversos y eventos centinelas.	Informe	3		X											Resp. Área de Garantía
		Realizar Rondas de Seguridad. (mensual)	Informe	4		X											Equipo de Rondas de Seguridad
		Implementación y Ejecución de Rondas de Seguridad del paciente para disminuir los riesgos durante la atención.	Consolidar medidas de seguridad del paciente efectuadas por lista de chequeo de Rondas de Seguridad.	Informe	4		X										Resp. Área de Garantía
	Acciones de monitoreo, seguimiento y evaluación del cumplimiento de la aplicación de la Lista de Verificación de la Cirugía Segura en Centro Quirúrgico.	Evaluar registros de la Lista de Verificación de la Seguridad en Cirugía en las cirugías electivas, de emergencia y locales. Monitorear la aplicación de la LVCS.	Informe	4		X										U. Gestión de la Calidad	
		Realizar la Encuesta para evaluar la implementación de la Seguridad de la Cirugía.	Informe	3			X									Resp. Área de Garantía	
		Realizar la Encuesta para evaluar la implementación de la Seguridad de la Cirugía.	% de Cirugías programadas que aplican la LVCS	4											X	Equipo de la aplicación correcta de la LVCS	





O.E.	ACTIVIDADES	TAREAS	UNIDAD DE MEDIDA	META	CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN AÑO 2020												RESPONSABLE		
					EHE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGS	SET	OCT	NOV	DIC			
5. Realizar la Auditoría de Calidad de Atención en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz para fortalecer la calidad de servicio.	Elaboración, Supervisión, Monitoreo y Evaluación de la Implementación del Plan Anual de Auditoría 2020	Elaborar el Plan de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud 2020	Plan-Resolución Directoral	1	X													Dirección Ejecutiva	
		Difundir el Plan Anual de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud 2020	Acta	1	X														U. Gestión de la Calidad
	Conformación de una estructura funcional para realizar las Auditorías de la Calidad de Atención en Salud en el HCLLH.	Ratificar los Comités de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud del HCLLH con RD.	Resolución Directoral	1		X													U. Gestión de la Calidad Dirección Ejecutiva
		Promover la capacitación continua del Comité de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud a fin de mejorar los conocimientos en temas relacionados.	Informe	1								X							U. Gestión de la Calidad Jefaturas de Deptos.
	Programar el desarrollo de Auditorías programadas y de Caso que mejoren la calidad de atención	Realizar auditorías de calidad de registro programadas según lo establecido en el plan.	Informe	3			X				X				X				Comités de Auditoría
		Realizar auditorías de caso según demandas	Informe	a demanda	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Comités de Auditoría
	Mejorar en forma continua los procesos de atención retroalimentando a los profesionales de la salud con los resultados de las auditorías.	Realizar auditoría programada para evaluar adherencia a GPC del HCLLH	Informe	2						X									Comités de Auditoría
		Realizar el seguimiento del cumplimiento de las recomendaciones de las auditorías realizadas.	Informe	2						X									U. Gestión de la Calidad
	5. Realizar la Auditoría de Calidad de Atención en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz para fortalecer la calidad de servicio.	Mejorar en forma continua los procesos de atención retroalimentando a los profesionales de la salud con los resultados de las auditorías.	Realizar Planes de Mejora según lo requerido. Apoyo en la revisión de GPC elaborados por los Departamentos.	Informe	a demanda			X			X	X	X	X	X	X	X	X	U. Gestión de la Calidad Jefaturas de Deptos.
			Evaluar el avance y cumplimiento del Plan Anual de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud 2020.	Informe	2						X								



O.E.	ACTIVIDADES	TAREAS	UNIDAD DE MEDIDA	META	CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN AÑO 2020												RESPONSABLE		
					ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGS	SET	OCT	NOV	DIC			
6. Medir el nivel de satisfacción de Usuarios Externos	Medir el nivel de satisfacción de usuarios externos (encuesta SERVQUAL) para gestionar aspectos críticos.	Elaboración del Plan de Trabajo para la aplicación Encuesta de Satisfacción al Usuario Externo SERVQUAL 2020	Informe	1	X													U. Gestión de la Calidad	
		Capacitación de Encuestadores SERVQUAL 2020	Informe	2	X	X													U. Gestión de la Calidad
	Medir el tiempo de espera de atención de usuarios externos para identificar oportunidades de mejora.	Aplicación de encuestas SERVQUAL 2020 (Consultorios Externos, Emergencia, Hospitalización)	Plan	1			X										X		U. Gestión de la Calidad - PAU
		Informe y Socialización del Estudio de Satisfacción Usuarios Externos 2020	Informe	2				X									X		U. Gestión de la Calidad
	Fortalecer competencias de Humanización de Salud	Elaboración Plan de Trabajo para aplicación encuesta Tiempo de Espera en Emergencia, Consultorios Externos, Farmacia y Laboratorio.	Informe	1	X														U. Gestión de la Calidad
		Aplicación de encuestas de Tiempo de Espera en formatos específicos	Informe	4		X					X						X		PAU
	Propiciar el desarrollo de modelos conceptuales en relación al Buen Trato en el proceso de servicios de salud humanizado	Establecer estándares de tiempo predefinidos por cada actividad realizada	Informe	2						X								X	U. Gestión de la Calidad
		Realizar el seguimiento del cumplimiento de las recomendaciones para mejorar la satisfacción del usuario	Informe	2						X								X	U. Gestión de la Calidad
		Realizar el seguimiento de las recomendaciones para la mejora en el Buen Trato	Informe	2					X								X		U. Gestión de la Calidad
		Socializar Ley N° 29514 que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud, precisando el alcance de los derechos al acceso a la atención integral que comprende promoción, prevención, tratamiento, recuperación y rehabilitación, así como, el acceso a la información y consentimiento informado.	Informe	2					X									X	



O.E.	ACTIVIDADES	TAREAS	UNIDAD DE MEDIDA	META	CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN AÑO 2020												RESPONSABLE	
					ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGS	SET	OCT	NOV	DIC		
7. Gestión de las Relaciones con el Usuario Externo: Plataforma de Atención al Usuario, Libro de Reclamaciones y Buzón de Sugerencias	Impulsar la participación ciudadana a través de mecanismos de recolección de la información sobre sus necesidades, expectativas y opiniones, informando que toda gestión debe implementarse, controlar y mejorar.	Elaborar y aprobar el Plan Anual de la Plataforma de Atención al Usuario (PAU) del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz	RD	1	X													PAU Dirección Ejecutiva
		Reunión de coordinación entre la Responsable del PAU y los orientadores	Acta	1	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	PAU
		Reunión de coordinación con las Jefes de Unidades, Departamentos y Servicios del HCLLH.	Acta	1			X							X				U. Gestión de la Calidad Jefaturas de Unidades, Departamentos y Servicios
		Remitir información a la UGC	Informe	4			X					X					X	PAU
		Fortalecer competencias de los profesionales y técnicos en Promoción y Protección de los Deberes y Derechos de las Personas.	Difusión de los Deberes y Derechos de los Usuarios	Informe	4					X						X		PAU U. Gestión de la Calidad
		Fortalecer competencias en Humanización de la Atención en Salud.	Realizar talleres sobre Humanización en Salud al personal de Plataforma de Atención al Usuario.	Informe	5				X	X	X	X	X	X	X	X	X	U. Gestión de la Calidad
			Realizar talleres sobre Humanización en Salud dirigido al usuario interno.	Informe	3						X	X	X	X	X	X	X	U. Gestión de la Calidad
			Elaboración, visualización y difusión del flujo del proceso de atención de la Plataforma de Atención al Usuario, manejo de Libro de Reclamaciones.	Informe	1					X							X	U. Gestión de la Calidad
			Actualizar el Comité de Buzón de Sugerencias del HCLLH, designado mediante Resolución Directoral.	RD	1	X												PAU
		Desarrollar mecanismos que faciliten a los usuarios el acceso a la información, a las prestaciones y servicios.	Gestionar oportunamente los buzones de sugerencias, debidamente representado por un Comité designado mediante Resolución Directoral.	Informe	12	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	PAU
			Diseño de banner, trípticos o folletos para los usuarios que les facilite acceder a la información de su interés	Informe	4						X						X	U. Gestión de la Calidad
			Talleres informativos para el usuario externo sobre Derechos, Libro de Reclamación y Buzón de Sugerencias.	Informe	1						X						X	U. Gestión de la Calidad

