



Resolución Directoral

Puente Piedra, 06 de Junio del 2018

VISTO:



El Expediente N° 3429-2018, que contiene el Memorándum N° 189-04/2018-JUGC – HCLLH, por el cual la Unidad de Gestión de la Calidad solicita levantamiento de las observaciones del “Plan de Gestión de Calidad 2018”; y el Informe Técnico N° 02-04/2018-OPE-HCLLH; emitido por la Oficina de Planeamiento Estratégico;

CONSIDERANDO:



Que, el artículo VI del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, 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, mediante Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, se aprobó el Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, el cual establece el concepto, los principios, las políticas, los objetivos, las estrategias, entre otros aspectos que permitan orientar los esfuerzos para mejorar la calidad en los servicios de salud;



Que, por Resolución Ministerial N° 596-2007/MINSA, se aprobó el “Plan Nacional de Gestión de la Calidad en Salud”, que permite orientar los esfuerzos para mejorar la calidad en los servicios de salud,

Que, por Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, se aprobó la “Política Nacional de Calidad en Salud”, que establece las directrices que orientan el desarrollo de las intervenciones a mejorar la calidad de la atención de la salud en el sistema de salud del Perú;



Que, a través de la Resolución Ministerial N° 095-2012/MINSA, se aprobó la Guía Técnica: II Guía para la Elaboración de Proyectos de Mejora y la Aplicación de Técnicas y Herramientas para la Gestión de la Calidad”, que establece la metodología para la elaboración de proyectos de mejora de la calidad, así como la aplicación de técnicas y herramientas para la gestión de la calidad;

...//

...//



Que, la gestión de calidad es un componente de la gestión institucional y por ello es un deber de todo funcionario en el Sector, el determinar y aplicar la política de calidad expresada formalmente por la Alta Dirección del MINSA. En consecuencia, las orientaciones normativas del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud deben desarrollarse creativamente y con las especificidades que correspondan en todas las instituciones y entidades del Sector, en los diferentes niveles de su jerarquía organizativa;

Que, en el marco de dicho contexto, la Jefa de la Unidad de Gestión de la Calidad a través del documento de visto, presenta para su aprobación el Plan de Gestión de la Calidad 2018, con el objetivo de contribuir a la mejora de la calidad de atención en salud en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz

Que, el citado Plan tiene como finalidad la aplicación de estrategias y prácticas para el desarrollo de una cultura de calidad sensible a las necesidades y expectativas de los usuarios internos y externos, que tenga impacto en los resultados sanitarios al finalizar este año 2018;

Que, mediante Informe N° 020-04/2018-OPE-HCLLH, la Oficina de Planeamiento Estratégico del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz emite opinión favorable para la aprobación mediante la resolución directoral respectiva;

Que, en consecuencia, resulta necesario emitir la Resolución Directoral que apruebe el mencionado Plan;

En uso de las atribuciones conferidas mediante la Resolución Ministerial N° 254-2012-MINSA y la Resolución Ministerial N° 463-2010-MINSA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz;

Con las visaciones de la Oficina de Administración, Oficina de Planeamiento Estratégico, la Jefatura de la Unidad de Gestión de la Calidad, y Asesora Legal, del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz;

SE RESUELVE:

ARTICULO 1°.- APROBAR el "Plan de Gestión de la Calidad 2018" del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, el mismo que forma parte integrante de la presente resolución.

Artículo 2°.- DISPONER que la Unidad de Gestión de la Calidad, sea la responsable de velar por el cumplimiento y la ejecución de las actividades concernientes al presente Plan.

Artículo 3°.- La Unidad de Gestión de la Calidad remitirá semestralmente a la Dirección Ejecutiva un informe detallado de evaluación sobre los logros de los objetivos y metas en la ejecución del Plan.

Artículo 4°.- DISPONER la publicación de la presente resolución en el portal institucional.

REGISTRESE, COMUNIQUESE Y CUMPLASE

JFRT/JLC/ FOR

Transcrito para los fines a:

- () Oficina Administración
- () U. Calidad
- () Of. Planeamiento Estratégico
- () Archivo





PLAN DE GESTION DE LA CALIDAD 2018

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



INDICE

	Pag.
I. Introducción.....	3
II. Finalidad	3
III. Misión y Visión	5
IV. Objetivos Generales	5
V. Base Legal	6
VI. Ámbito de la Aplicación	7
VII. Recursos Humanos	7
VIII. Materiales y Equipos Informáticos	7
IX. Financiamiento	8
X. Organización.....	8
XI. Anexos.....	8



I.- INTRODUCCION:

Nuestra Institución Hospital Carlos Lanfranco la Hoz; viene trabajando en uno de objetivo principal 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 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.

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 operativas del equipo de Gestión de la Calidad y derechos de las personas

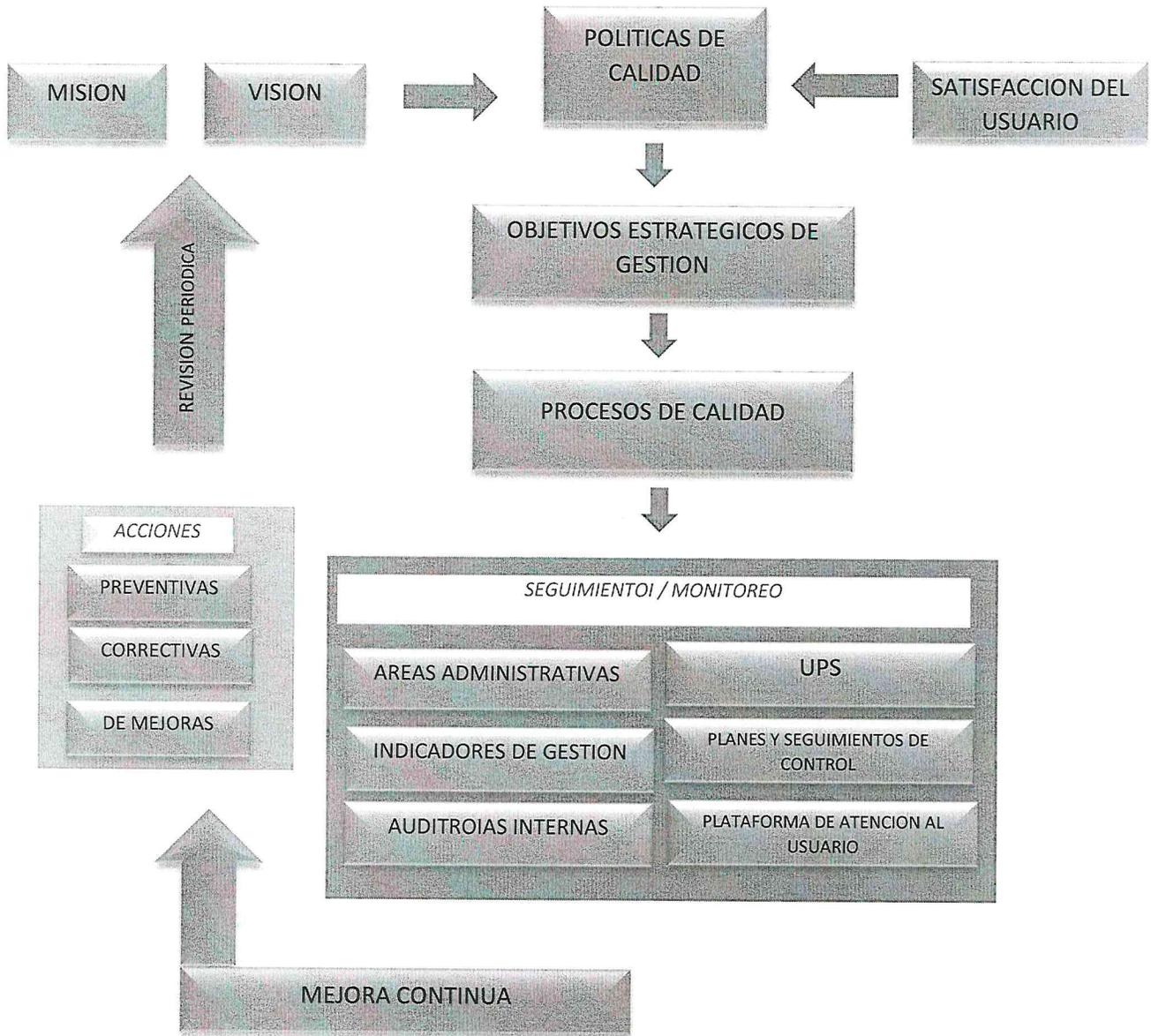
De igual modo consideramos que para poner en marcha estos procesos que conlleven a garantizar la prestación de dichos servicios, es necesario el compromiso de todo el personal, especialmente en quienes ejercen liderazgo y los que desempeñan cargos directivos, evidenciándose también la necesidad de impulsar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

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 (mejoras continua) y nos servirá como base para aplicar acciones correctivas y/ o preventivas. Dichas actividades responden a los objetivos específicos, los mismos son complementados con los indicadores de monitoreo y evaluación del presente Plan.

II.- FINALIDAD:

Brindar una atención de calidad y con calidez bajo los estándares y normativas vigente; buscando la satisfacción de los usuarios, así como en la conducción para implementación de diversos componentes de garantía e información del sistema de gestión de la calidad para cumplir con su finalidad, en tal sentido, se justifica redefinir los objetivos con enfoque de Gestión por Procesos y Mejora Continua, sin vulnerar los derechos de los usuarios, el trato digno y humanización de los servicios de salud.

PLANIFICACION DE LA UNIDAD DE GESTION DE LA CALIDAD





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 Carabayllo, 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.

IV.- OBETIVOS GENERAL

Generar una cultura orientada al fortalecimiento de control, mejora continua de los procesos y a la prevención de eventos que puedan afectar el desarrollo del direccionamiento institucional con talento humano comprometido y competente en la optimización de recursos, con enfoque de seguridad y derechos del usuario, mediante la implementación, difusión de lineamientos, disposiciones y procedimientos técnicos para el desarrollo de una cultura de calidad, sensible a las expectativas de la población y contribuir al disfrute de la salud de las personas mejorando el nivel de percepción de satisfacción de los usuarios externos e internos.

Objetivos específicos.-

1. Verificar el cumplimiento y aplicación de los sistemas, normas y procedimientos de atención en salud en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz.
2. Desarrollar el proceso de autoevaluación para la certificación de Acreditación.
3. Medir el nivel de satisfacción de los usuarios externos e internos
4. Desarrollar la capacitación a los profesionales y técnicos en los componentes de gestión de la calidad en sus diferentes actividades.
5. Fortalecer la gestión de reclamos a través del libro de reclamaciones y las PAU en el contexto de mejora de la satisfacción del usuario externo.
6. Impulsar la formulación, implementación, seguimiento e institucionalización de acciones y proyectos de mejora.
7. Impulsar el trabajo en equipo mediante la articulación de objetivos de estrategias con enfoque de gestión de calidad.
8. Gestión del Riesgos y Buenas Prácticas en Seguridad del paciente.
9. Desarrollar actividades de auditoría de calidad en salud
10. Evaluación y Monitoreo de planes de acción de Rondas de Seguridad del Paciente
11. Monitoreo de eventos adversos y eventos centinela.



V.- BASE LEGAL

- ✓ Ley 26842. Ley General de Salud.
- ✓ Decreto Supremo N° 013-2002-SA, que aprobó el reglamento de la ley N° 27657 – Ley del Ministerio de Salud.
- ✓ Ley del Ministerio de Salud - Ley N° 27657
- ✓ 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 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.
- ✓ 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.
- ✓ RD N° 23-01/2018-HCLLH/SA, Plan Operativo Institucional ejercicio fiscal 2018

**VI.- AMBITO DE APLICACIÓN**

Dirigidos a los trabajadores comprometidos con el desarrollo de la calidad de nuestra Institución; a los diferentes servicios de salud que vele por garantizar una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población en términos de seguridad, oportunidad y sobretodo calidad; organizando y articulando información que nos permita disminuir las quejas y reclamos para poder medir la satisfacción del usuario

Nuestra Institución por medio de la Oficina de Calidad asume el compromiso de incrementar la satisfacción del Usuario externo mejorando la oferta de los servicios con la finalidad de atender a la demanda existente identificando brechas y optimizando el uso de los recursos Humanos.

VII.- RECURSOS HUMANOS

PROFESIONAL	NOMBRADO	CAS	SERV. TERCEROS	TOTAL
Contadora	01			01
Lic. Educación		01		01
Lic. Enfermería			01	01
Abogada	01			01
Especialista Adm.	01			01
Personal Tec. adm	01		01	02
Personal Orientador		01	04	05

VIII.- MATERIALES Y EQUIPOS INFORMATICOS

N°	DESCRIPCION	Cantidad
1	Pentium IV nueva	01
2	Pentium IV Reparadas	02
3	Lap tops reparadas	02
4	Impresora láser jet reparada	01
5	Escritorios de madera Estado conservado	01
6	Escritorio de metal Estado conservado	05
7	Anaqueles de metal Estado conservado	02
8	Anaqueles de madera Estado conservado	01
9	Sillas plásticas Estado conservado	08
10	Mesa de trabajo – madera Estado conservado	01

**IX.- FINANCIAMIENTO**

Componente : Planificación de la Calidad

Componente : Garantía y Mejora de la Calidad

Componente : Información para la Calidad

Monto Total S/ 42,260.00

Meta : Gestión Administrativa

Cadena Presupuestal: 9001.3999999.5000003.20.006.0008

Se ejecutara de acuerdo a la disponibilidad presupuestal

X.- ORGANIZACION

M.C. Jorge Ruiz Torres	Director Ejecutivo
Lic. María Mildred Ruiz Villacorta	Jefe de la Oficina de Administración
C.P.C Elizabeth Elías Rodríguez	Jefe de la Unidad de Gestión de la Calidad
Asist. Adm. Mary Luz Cananga Melgarejo	Área de la Información para la Calidad
Lic. Paola Zamora Ruiz	Área de la Mejora para la Calidad
Lic. Patricia Hurtado Zamora	Área de Garantía para la Calidad
M.C. Cecilia Campos Aparcana	Resp. de la Auditoria para la Calidad
Sr. Elmer Tovar Meza	Resp. De Plataforma de Atención al Usuario
CPC. Jhonny Navarro Mendoza	Asesor
Sra. Fiorella Yaringaño Trabaj	Apoyo Técnico

XI . ANEXOS

MATRIZ DE PROGRAMACION Y CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

MATRIZ DE PROGRAMACION DE PLAN DE GESTION CALIDAD EN SALUD

COMPONENTE : PLANIFICACIÓN PARA LA CALIDAD	
01 Elaboración del Plan de Gestión de la Calidad	TOTAL
TAREA N° 1 : Análisis de la situación del Sistema de Gestión de la Calidad	50.00
TAREA N° 2 : Elaboración del Plan de Gestión de la Calidad del HCLLH	50.00
TAREA N° 3 : Aprobación del Plan con RD	10.00
TAREA N° 4 : Comité de Gestión de Calidad con RD	10.00
COSTO TOTAL DE LA ACTIVIDAD	120.00
02 Evaluación del avance del Plan de Gestión de la Calidad por DIRESA / GERESA	TOTAL
TAREA N° 1: Monitoreo y supervisión de actividades y procesos de Gestión de Calidad en las IPRESS	200.00
TAREA N° 2: Reuniones Técnicas de Gestión de Calidad con UPSS del HCLLH	1,500.00
TAREA N° 3: Evaluación trimestral de UPSS del HCLLH	200.00
TAREA N° 4: Informe semestral a DIRIS LIMA NORTE	50.00
TAREA N° 5: Implementación de Planes de Mejora de las actividades de Gestión de Calidad	5,000.00
COSTO TOTAL DE LA ACTIVIDAD	6,950.00
COSTO DE IMPLEMENTACIÓN DEL COMPONENTE	7,070.00
COMPONENTE: COMPONENTE: GARANTIA Y MEJORA DE LA CALIDAD	
03 Monitoreo, supervisión y evaluación del cumplimiento en la aplicación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía en centros quirúrgicos de establecimientos de salud de II y III nivel de atención.	TOTAL
TAREA N° 1 : Cirugías Programadas que aplican Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía	200.00
TAREA N° 2: Cumplimiento de la aplicación de la encuesta para la implementación de la LVSC	200.00



TAREA N° 3: Monitoreo y Supervisión a establecimientos de II y III nivel de atención	150.00
COSTO TOTAL DE LA ACTIVIDAD	550.00

04 Monitoreo, supervisión y evaluación de la implementación del Registro, Notificación y Análisis de la ocurrencia de Eventos Adversos en Salud en los establecimientos de salud	TOTAL
TAREA N° 1: Plan de Capacitación e Implementación del Sistema de Seguridad del Paciente	50.00
TAREA N° 2: RD Comités de Seguridad del Paciente del HCLLH	10.00
TAREA N° 3: Equipos Capacitados en Rondas de Seguridad del Paciente del HCLLH	300.00
TAREA N° 4: Cumplimiento de las Rondas de Seguridad del Paciente	200.00
TAREA N° 5: Equipos Capacitados en Notificación de Eventos Adversos y Eventos Centinelas	300.00
TAREA N° 6: UPSS del HCLLH que reportan incidentes y eventos adversos	50.00
TAREA N° 7: Acciones de Mejora implementadas (Buenas Prácticas en Seguridad del Paciente: Rondas y Eventos)	5,000.00
COSTO TOTAL DE LA ACTIVIDAD	5,910.00
05 Implementación de la Auditoría de la Calidad de Atención en los establecimientos de salud.	TOTAL
TAREA N° 1: RD Comité de Auditoría de Calidad en salud.	10.00
TAREA N° 2: Elaboración y Aprobación con RD Plan Anual de Auditoría de la Calidad en salud	50.00
TAREA N° 3: Equipos Capacitados en Auditorías de la Calidad en Salud de UPSS del HCLLH	300.00
TAREA N° 4: Cumplimiento y Reportes de Auditorías de la Calidad en Salud del HCLLH	200.00
TAREA N° 5: Acciones de Mejora implementadas en Auditorías de Calidad en Salud (Historias Clínicas)	5,000.00
TAREA N° 6: N° de Guías de Práctica Clínica oficializadas con RD por el HCLLH	100.00
TAREA N° 7: Adherencia a guías de práctica clínica por HCLLH (%)	100.00
COSTO TOTAL DE LA ACTIVIDAD	5,760.00
06 Capacitación sobre uso de herramientas de la calidad y metodología para elaboración de proyectos de mejora continua de la calidad	TOTAL
TAREA N° 1: Formación de Comité de Proyectos de mejora con RD	10.00



HOSPITAL
Carlos Lanfranco La Hoz

Nº 23-01/2018-HCLLH/SA



Resolución Directoral

Puente Piedra, 25 de Enero 2018.

VISTO:

El Memorando N°053-2018-OPE-HCLLH, elaborado por el jefe de la Unidad de Planeamiento y Estratégico, quien solicita la aprobación del Plan Operativo Institucional del año 2018, y;

CONSIDERANDO:

Que, de conformidad con lo dispuesto en el numeral 71.2 del artículo 71 del Texto único Ordenado de la Ley General del Sistema Nacional de Presupuesto, Ley N°28411, aprobado por Decreto Supremo N°304-2012-EF, precisa que el Presupuesto Institucional se articula con el Plan Estratégico de la Entidad, desde una perspectiva de mediano y largo plazo, a través de los Planes Operativos Institucionales, en aquellos aspectos orientados a la asignación de los fondos conducentes al cumplimiento de las metas y objetivos de la entidad, conforme a la escala de prioridades;

Que, asimismo, el numeral 71.3 del artículo antes acotado, establece que los Planes Operativos reflejan las metas presupuestarias que se esperan alcanzar para cada año fiscal y constituyen instrumentos administrativos que contienen los procesos a desarrollar en el corto plazo, precisando los temas necesarios para cumplir las metas presupuestarias establecidas para dicho período, así como la oportunidad de su ejecución, a nivel de cada dependencia orgánica;

Que, en ese sentido, el Ministerio de Salud mediante Resolución Ministerial N°1130-2017/MINSA de fecha 21.12.2017, aprueba la Directiva Administrativa N°244-2017-MINSA – OGPPM, para el proceso de formulación, seguimiento, evaluación y reprogramación del Plan Operativo Institucional de los Órganos y Unidades Ejecutoras del Pliego 011: MINSA, correspondiente al ejercicio fiscal 2018;

Que, dicha directiva tiene como finalidad el proceso de Planeamiento Operativo Institucional de los Órganos y Unidades Ejecutoras del Pliego 011 MINSA, que operativicen las acciones estratégicas contenidas en el Plan Estratégico Institucional, a través de actividades, tareas y a fin de asegurar su ejecución, orientados a mejorar la eficiencia, eficacia y oportunidad de la gestión sectorial e institucional, así como el uso racional de los recursos públicos asignados





TAREA N° 2: Capacitación sobre uso de herramientas de la calidad y metodología para elaboración de proyectos de mejora continua.	300.00
TAREA N° 3: Elaboración de Proyectos de mejora continua y seguimiento	1,000.00
COSTO TOTAL DE LA ACTIVIDAD	1,310.00

07 Desarrollo del Encuentro Regional de Experiencias en Mejoramiento Continuo de la Calidad en Salud.	TOTAL
TAREA N° 1: Aprobación de los Proyectos de Mejora Continua con RD	50.00
TAREA N° 2: Proyectos de Mejora orientados a mejorar procesos críticos en Etapa de Institucionalización	500.00
TAREA N° 3: Actividad de organización y difusión de experiencias de mejora de la calidad en la atención en salud	300.00
TAREA N° 4: Monitoreo y Asistencia Técnica a los Equipos de Mejora	200.00
COSTO TOTAL DE LA ACTIVIDAD	1,050.00
08 Monitoreo, supervisión y evaluación para la implementación de los Lineamientos para la Prevención y Control de las IAAS	TOTAL
TAREA N° 1: Implementación de Comités de Prevención y Control de IAAS, conformado oficialmente y operativo	100.00
TAREA N° 2: Personal de Salud integrante del Equipo de Prevención y control Integral de IAAS entrenados en la prevención y control Integral de las IAAS para la Calidad de Atención	300.00
TAREA N° 3: Equipo de Prevención y control Integral implementan el Uso de "Care Bundle" o Paquete de Medidas para la prevención de las IAAS basadas en evidencia	400.00
COSTO TOTAL DE LA ACTIVIDAD	800.00
09 Supervisión de la adherencia a la técnica del lavado de manos en los establecimientos de salud	TOTAL
TAREA N° 1: Elaboración de Plan de Higiene de Manos	50.00
TAREA N° 2: Personal de Salud entrenados en la Guía Técnica y prácticas de higiene de manos en el HCLLH	300.00
TAREA N° 3: Cumplimiento de los criterios de la Guía Técnica para la implementación del proceso de higiene de manos durante actividad asistencial.	400.00
TAREA N° 4: Concurso de IPRESS con coreografías en higiene de manos. (Semana de Calidad)	800.00
COSTO TOTAL DE LA ACTIVIDAD	1,550.00
10 Autoevaluación de establecimientos de salud	TOTAL



TAREA N° 1 : Plan de Autoevaluacion - Acreditacion con RD	50.00
TAREA N° 2: Personal de Salud designados oficialmente como evaluadores internos para el proceso de Autoevaluacion	10.00
TAREA N° 3: Evaluadores Internos entrenados en la Norma Tecnica de Salud: Acreditacion de Establecimientos de Salud y Servicios Medicos de Apoyo.	300.00

TAREA N° 4: Proceso de Autoevaluación para la Acreditacion de Establecimientos de Salud y Servicios Medicos de Apoyo Vigente.	2,500.00
TAREA N° 5: Elaboracion y cumplimiento del Plan de Mejora Post Autoevaluacion	5,000.00
COSTO TOTAL DE LA ACTIVIDAD	7,860.00
COSTO DE IMPLEMENTACIÓN DEL COMPONENTE	24,790.00

COMPONENTE: INFORMACION PARA LA CALIDAD

11 Medición de la satisfacción del usuario externo en consulta externa/hospitalización/emergencia en establecimientos de salud con categoría I-3 al III-2.	TOTAL
TAREA N° 1: Personal de Salud de IPRESS, entrenados en Promocion y Proteccion del Derecho de los Usuarios de los Servicios de Salud	300.00
TAREA N° 2: Personal de Salud de IPRESS, entrenados en Plataforma de Atencion al Usuario "PAU" (Responsables)	300.00
TAREA N° 3: Libro de Reclamaciones implementado y funcionando	200.00
TAREA N° 4: Implementacion de Acciones de mejora en el PAU	2,000.00
TAREA N° 5: Satisfaccion del Usuario externo. Servqual-Modificado	3,000.00
TAREA N° 6: Implementacion de Acciones de mejora en base a los resultados de la encuesta de Satisfaccion del Usuario externo. Servqual-Modificado	5,000.00
COSTO TOTAL DE LA ACTIVIDAD	10,800.00
COSTO DE IMPLEMENTACIÓN DEL COMPONENTE	10,800.00
COSTO TOTAL DE IMPLEMENTACIÓN SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
PLANIFICACIÓN PARA LA CALIDAD	7,070.00
GARANTIA Y MEJORA DE LA CALIDAD	24,790.00
INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD	10,800.00



PERU

Ministerio
de Salud

HOSPITAL CARLOS
LANFRANCO LA HOZ

"DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA MUJERES Y HOMBRES °

"Año del Dialogo y la Reconciliación Nacional "



TOTAL	42,660.00
--------------	------------------



MATRIZ DE PROGRAMACION DE GESTION DE CALIDAD EN SALUD 2018

HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ 2018

COMPONENTE : PLANIFICACIÓN PARA LA CALIDAD		C R O N O G R A M A																																									
		ENERO			FEBRERO			MARZO			ABRIL			MAYO			JUNIO			JULIO			AGOSTO			SEPTIEMBRE			OCTUBRE			NOVIEMBRE			DICIEMBRE								
01 Elaboración del Plan de Gestión de la Calidad por HCLLH		RESULTADO		Unidad de Medida		META																																					
TAREAS		100%		Informe		1																																					
TAREA N° 1 : Análisis de la situación del Sistema de Gestión de la Calidad		100%		Plan		1																																					
TAREA N° 2 : Elaboración del Plan de Gestión de la Calidad del HCLLH		100%		RD		1																																					
TAREA N° 3 : Aprobación del Plan con RD		100%		RD		1																																					
TAREA N° 4 : Combate de Gestión Ampliada de Calidad con RD		100%		RD		1																																					
02 Evaluación del avance del Plan de Gestión de la Calidad por DiresaGRESADIRIS		RESULTADO		Unidad de Medida		META																																					
TAREAS		80%		Informes		4																																					
TAREA N° 1: Monitoreo y supervisión de actividades en los procesos de Gestión de Calidad de las UPSS del HCLLH		80%		Acta		6																																					
TAREA N° 2: Reuniones Técnicas de Gestión de Calidad con UPSS del HCLLH		80%		Informes		2																																					
TAREA N° 3: Evaluación Semestral de las UPSS del HCLLH		100%		Informes		2																																					
TAREA N° 4: Informe semestral a DIRIG LIMA NORTE		30%		Informes		2																																					
TAREA N° 5: Implementación de Planes y/o Acciones de Mejora de las actividades de Gestión de Calidad																																											
COMPONENTE: GARANTIA Y MEJORA DE LA CALIDAD		RESULTADO		Unidad de Medida		META																																					
TAREAS		80%		Informes adherencia		4																																					
TAREA N° 1 : Círculos Programados que aplican Lista de Verificación de la Seguridad de la Cruzaja "LVSC"		80%		Informes		4																																					
TAREA N° 2: Cumplimiento de la aplicación de la encuesta para la implementación de la LVSC																																											
04 Monitoreo, supervisión y evaluación de la implementación del Registro, Notificación y Análisis de la ocurrencia de Eventos Adversos en Salud en los establecimientos de salud		RESULTADO		Unidad de Medida		META																																					
TAREAS		80%		Plan		1																																					
TAREA N° 1: Plan de Capacitación e Implementación del Sistema de Seguridad del Paciente		100%		RD		1																																					
TAREA N° 2: RD Combate de Seguridad del Paciente del HCLLH		80%		Informe		1																																					
TAREA N° 3: Equipos Capacitados en Rondas de Seguridad del Paciente del HCLLH		80%		Aplicativo		3																																					
TAREA N° 4: Cumplimiento Integral de Rondas de Seguridad del Paciente de las UPSS del HCLLH		80%		Informe		1																																					
TAREA N° 5: Equipos Capacitados en Notificación de Eventos Adversos y Eventos Centinela en las UPSS del HCLLH		80%		Informes		4																																					
TAREA N° 6: Reportes de incidentes y eventos adversos en el HCLLH (Reporte mensual e Informe Trimestral)		25%		Informes		1																																					
TAREA N° 7: Acciones de Mejora Implementadas (Buenas Prácticas en Seguridad del Paciente: Rondas y Eventos)																																											

