

# PLAN ANUAL GESTION DE LA CALIDAD 2018



UNIDAD GESTION DE LA CALIDAD

HOSPITAL DE LA AMISTAD PERÚ-COREA SANTA ROSA II-2



**INDICE**

	Pag
I. INTRODUCCIÓN	2
II. BASE LEGAL	3
III. AMBITO DE APLICACIÓN	3
IV. DEFINICIONES OPERACIONALES	4
V. OBJETIVOS	6
VI. ESTRATEGIAS	6
VII. RESPONSABLES	7
VIII. COMITES DE MEJORA DE LA CALIDAD	7
IX. INDICADORES	8
X. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	8
XI. PRESUPUESTO	9



**PLAN ANUAL UNIDAD GESTION DE LA CALIDAD  
HOSPITAL DE LA AMISTAD PERU-COREA SANTA ROSA II-2.****I. INTRODUCCION:**

La calidad de la atención en los servicios de salud en nuestro país, no es el esperado por los usuarios ni está de acuerdo a los estándares internacionales por varias causas: la escasez de recursos humanos, económicos materiales, equipos y de infraestructura, la desmotivación de los trabajadores asistenciales y administrativos, los procesos no centrados en el paciente y que no buscan la satisfacción del cliente externo ni el interno, la falta de proyectos de mejora continua de la calidad orientados en mejorar la calidad de atención. Estos factores influyen en una atención insegura, con alta incidencia de efectos adversos con sobrecostos que consumen los escasos recursos existentes, haciendo más caótico el problema que llega a ser ya un problema de salud pública y requiere de políticas públicas basadas en evidencia.

La gestión de la calidad implica la transformación de las organizaciones mediante el aprendizaje y la mejora continua en respuesta a las necesidades y expectativas de sus usuarios que constituyen el centro de su misión.

Para ello se requiere reforzar el liderazgo de las instancias directivas, el trabajo en equipo, la gestión basada en el proceso, la información confiable como sustento de toma de decisiones, el reconocimiento a los logros, el fortalecimiento de competencias, creatividad e investigación, el fomento de la participación de los usuarios internos y externos y fundamentalmente la humanización de la atención y el respeto a los derechos de los usuarios de nuestros servicios.

En el año 2017, en el Hospital de la Amistad Perú Corea Santa Rosa II-2, se realizaron actividades para mejorar la calidad de atención como: implementación del Sistema de atención de reclamos y sugerencias de los usuarios, se realizaron los Curso Taller "Implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud" y "Elaboración de Proyectos de Mejora continua de la Calidad", se evaluó la generación de indicadores hospitalarios, se desarrollaron rondas de seguridad en emergencia y hospitalización, se evaluó el Clima Organizacional, se realizaron auditorias de oficio.

Durante el 2018 se pretende continuar con las actividades programadas para mejorar la calidad de atención del Hospital de la Amistad Perú – Corea Santa Rosa II-2, lo cual nos conllevará a una serie de Procesos de Mejora Continua Hospitalaria flexibles, graduales y sostenidos con la participación activa de todo el personal asistencial y administrativo que perfilen un Hospital Docente Universitario acorde con la Gestión Clínica, la Docencia e Investigación y la normatividad vigente; es decir, un Modelo de Gestión Hospitalaria propio y un lugar digno, seguro donde laboramos con mucho orgullo.



## II. BASE LEGAL

1. Ley N° 26842, Ley General de Salud, y sus modificaciones
2. Ley N°27657, Ley del Ministerio de Salud.
3. Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud y su Reglamento aprobado por D.S. N° 008-2010-SA.
4. Ley N° 29414, Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud.
5. Decreto Supremo N° 013-2006-SA que aprobó el "Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".
6. RM N° 474-2005/MINSA, que aprobó la NTS N° 029-MINSA/DGSP V.01 "Norma Técnica de Auditoria de la Calidad de Atención en Salud.
7. RM N° 519-2006/MINSA, que aprobó el Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud".
8. R.M.N°640-2006/MINSA, que aprueba el manual para la mejora continua de la calidad.
9. R.M. N° 676-2006/MINSA, que aprueba el Plan Nacional para la Seguridad del Paciente 2006-2008.
10. RM N°456-2007/MINSA, que aprobó la NTS N° 050-MINSA/DGSP V.02 "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo" y sus modificatorias.
11. R.M.N°596/2007/MINSA, que aprueba el plan nacional de gestión de la calidad en salud.
12. R.M. N°727-2009/MINSA, que aprobó el Documento Técnico: Política Nacional de Calidad en Salud.
13. R.M. N°468-2011/MINSA, que aprobó el Documento Técnico: Metodología para el estudio del Clima Organizacional V 02.
14. R.M. N°095-2012/MINSA, que aprueba la Guía Técnica para elaboración de Proyectos de Mejora y la aplicación de técnicas y herramientas para la Gestión de la Calidad.
15. R.M. N°300-2013/MINSA, que aprueba la D.A N°195 MINSA/DST-OGGRH-V.01 "Directiva Administrativa para la Implementación de los Principios, deberes y prohibiciones éticas en el Ministerio de Salud".
16. R.M. N° 302-2015/MINSA que aprueba la NTS N° 117-MINSA/DGSP – V.01 "Norma Técnica de Salud para la Elaboración y uso de Guías de Práctica Clínica del Ministerio De Salud".

## III. AMBITO DE APLICACIÓN

El presente Plan anual de Unidad Gestión de la Calidad es de aplicación en todos los servicios asistenciales y administrativos del Hospital de la Amistad Perú Corea II-2 Santa Rosa.



## IV. DEFINICIONES OPERACIONALES:

- **Acreditación:** Proceso de evaluación externa, basado en la comparación del desempeño del prestador de salud con estándares óptimos y factibles de alcanzar, formulados y conocidos por los actores de la atención de salud, y que está orientado a promover acciones de mejoramiento continuo de la calidad de atención y el desarrollo armónico de las unidades productoras de servicios en un establecimiento de salud o servicio médico de apoyo.
- **Autoevaluación:** Fase inicial del proceso de acreditación, en la cual el equipo institucional de evaluadores internos, utilizando los Listado de Estándares de Acreditación, realizan evaluación interna para determinar el nivel de cumplimiento e identificar sus fortalezas y áreas susceptibles de mejoramiento.
- **Atención de Salud:** Conjunto de prestaciones que se brindan a la persona, la familia y la comunidad para la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud.
- **Auditoría de la Calidad de Atención en Salud:** 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, comparación entre la calidad observada y la calidad esperada. El resultado final de la evaluación realizada se comunica en el denominado "Reporte de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud".
- **Auditoría en Salud:** Revisión de los aspectos de la actividad del cuidado clínico de pacientes, realizada por un equipo de profesionales de la salud médicos y no médicos, cuya finalidad es mejorar la calidad de atención. Constituye una herramienta del componente de Garantía de la Calidad del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud.
- **Auditoría Médica:** Análisis crítico y sistemático de la calidad de la atención médica, incluyendo procedimientos, diagnósticos y decisiones terapéuticas, uso de recursos y resultados de los mismos que repercutan en los desenlaces clínicos y en la calidad de vida del paciente; es realizada solamente por personal médico. Tiene por finalidad mejorar la calidad de atención brindada al usuario, así como mejorar la calidad de los prestadores de los servicios.
- **Calidad de la Atención de Salud:** Provisión de servicios de salud a usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, considerando beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios.
- **Cultura de Seguridad:** Patrón de comportamiento individual y de la organización, basado en creencias y valores compartidos, que busca reducir al mínimo el daño que



podría sufrir el paciente como consecuencia de los procesos de prestación de atención.

- **Evento Adverso:** Resultado no esperado debido a fallas durante el diagnóstico, tratamiento o cuidado del paciente y no al curso natural de la enfermedad o a condiciones propias del mismo.
- **Evento Centinela:** Incidente o suceso inexplicado que produce la muerte o serias secuelas físicas o psicológicas, o el riesgo de éstas.
- **Gestión de Riesgos:** Conjunto de actividades (planificación, organización, dirección, evaluación y aplicación) que intervienen en la reducción de los riesgos de lesión para los pacientes y personal, así como en reducción de daños o pérdidas materiales en los establecimientos sanitarios.
- **Indicadores:** Variables medibles, para indicar directa o indirecta, cambios en el estado, eficacia, eficiencia o avances del trabajo en salud.
- **Información para la calidad:** Conjunto de estrategias, metodologías, instrumentos y procedimientos que permiten contar con evidencias de manera permanente y organizada de la calidad de atención y niveles de satisfacción de los usuarios tanto externo como interno.
- **Instrumentos de calidad:** Herramientas utilizadas para alcanzar el propósito del sistema de Gestión de calidad (Encuestas de satisfacción de usuario interno y externo, Formatos para Autoevaluación, Matriz para análisis de resultados de Autoevaluación, Matriz para elaboración de Proyectos de Mejora Continua de la calidad).
- **Mejora Continua:** Consiste en incrementar la satisfacción de usuarios. La mejora continua de los servicios, procesos y sistemas debe ser un objetivo para cada persona de la organización a fin de mantener lo correcto y corregir las inconformidades, asegurando el mayor beneficio para el usuario y se reduciendo riesgos durante su atención.
- **Proyecto de Mejora Continua:** Conjunto ordenado de recursos (materiales, humanos y financieros) y acciones para alcanzar un objetivo determinado que tiene como propósito generar cambios sostenibles en la situación encontrada en una red o centro asistencial.
- **Sistema de Gestión de la Calidad:** 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.



## V. OBJETIVOS

### OBJETIVO GENERAL

Mejorar la calidad de la atención brindada y la satisfacción de los usuarios del Hospital de la Amistad Perú Corea Santa Rosa II-2.

### OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Fomentar una cultura de Gestión de la Calidad en el HAPCSR II-2.
2. Conformar los Comités Técnicos Hospitalarios interrelacionados a Gestión de la Calidad del HAPCSR II-2.
3. Iniciar el proceso de Acreditación del HAPCSR II-2.
4. Realizar Auditoria de Calidad en Salud de la atención brindada por el HAPCSR II-2.
5. Evaluar e implementar acciones para mejorar satisfacción del usuario externo y el Clima y Cultura Organizacional del HAPCSR II-2.
6. Implementar una cultura de atención con seguridad previniendo la ocurrencia de incidentes, eventos adversos y caídas, realizando rondas de seguridad e implementando la lista de verificación de cirugía segura.
7. Desarrollar el Sistema de atención de Reclamos y Sugerencias de los usuarios, promoviendo la Promoción y Protección de los Derechos de los Usuarios del HAPCSR II-2.
8. Implementar Proyectos de Mejora Continua de la Calidad del HAPCSR II-2.
9. Promover valores Ético-morales en el personal del HAPCSR II-2.
10. Elaborar, difundir y vigilar el uso de guías de práctica clínica y protocolos de atención asistencial en el HAPCSR II-2.



**VI. ESTRATEGIAS:**

- Involucrar a la alta Dirección, Comité de Gestión Hospitalaria, Jefaturas de servicios y personal asistencial y administrativo en el desarrollo de Gestión de la calidad como herramienta para mejorar la atención de los usuarios del HAPCSR II-2.
- Socializar las directivas, herramientas y aplicativos de la Calidad de Atención en Salud en los diferentes servicios del HAPCSR II-2.
- Capacitar a Comités técnicos Hospitalarios, contando con el compromiso y el apoyo de los jefes de los servicios del HAPCSR II-2.
- Realizar evaluaciones periódicas utilizando las herramientas y aplicativos de la calidad y socializar los resultados con el personal del HAPCSR II-2.
- Analizar los indicadores de calidad y realizar monitoreo periódico utilizando una matriz de seguimiento.

**VII. RESPONSABLES :**

- ✓ Director Ejecutivo
- ✓ Jefe de Unidad de Gestión de la Calidad.
- ✓ Coordinadores de Unidad de Gestión de la Calidad.
- ✓ Jefes de departamentos y servicios asistenciales y administrativos.
- ✓ Integrantes de equipos de Comités de Calidad.

**VIII. COMITES TECNICOS HOSPITALARIOS**

Con el objetivo de contribuir a mejorar la calidad de los servicios brindados por el Hospital de la Amistad Perú Corea Santa Rosa II-2, se conformarán comités técnico hospitalarios los cuales deben:

1. Ser conformados por personal del HAPCSR II-2.
2. Ser reconocidos por Resolución Directoral.
3. Contar con Planes Anuales aprobados por la Dirección Ejecutiva del HAPCSR II-2.
4. Desarrollar y monitorear las actividades programadas en Planes Anuales.
5. Coordinar con Unidad de Gestión de la Calidad.
6. Presentar los informes correspondientes al Comité de Gestión Hospitalaria.

Los Comités técnico hospitalarios serán:

1. **COMITÉ DE ACREDITACIÓN:** Encargado de desarrollar el proceso de Acreditación /autoevaluación del HAPCSR II-2.
2. **COMITÉ DE AUDITORIA:** Encargado de vigilar el cumplimiento de normas, mediante aplicación, análisis y evaluación de auditorías, en diversas áreas de atención a fin de detectar y corregir deficiencias en los procesos de atención.



3. **COMITÉ DE CLIMA ORGANIZACIONAL:** Encargado del Estudio del Clima Organizacional del Hospital de la Amistad Perú Corea Santa Rosa II-2, como herramienta para el desarrollo de una cultura de calidad. Así mismo evaluará la satisfacción del usuario externo.
4. **COMITÉ DE ETICA:** Encargado de establecer lineamientos para la correcta y transparente conducta y desempeño funcional de los trabajadores del HAPCSR II-2.
5. **COMITÉ DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA:** Encargado de unificar los criterios de priorización, elaboración, actualización, integración, difusión y utilización de guías de práctica clínica y protocolos de atención asistencial en el HAPCSR II-2, así como para proponer los criterios necesarios para evaluar su aplicación.
6. **COMITÉ DE HISTORIA CLÍNICA:** evalúa, coordina, y monitorea las acciones; decisiones, procesos y actividades, relacionadas a los lineamientos del sector en materia de Historias Clínicas, utilizando para ello la normatividad MINSA vigente.
7. **COMITÉ DE PROYECTOS DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD:** Encargado de fomentar, evaluar y asesorar el desarrollo de Proyectos de Mejora Continua de la Calidad orientados a la satisfacción de la demanda interna y externa, la mejora de procesos y la estandarización de las mejoras obtenidas.
8. **COMITÉ DE RECLAMOS Y SUGERENCIAS:** Encargado de desarrollar una cultura de atención de Reclamos y Sugerencias que permita la participación del usuario en la gestión de salud y la defensa de sus derechos como usuarios de servicios de salud.
9. **COMITÉ DE SEGURIDAD DEL PACIENTE:** Encargado de lograr que el hospital, brinde servicios de salud seguros para los pacientes, disminuyendo el riesgo en las prestaciones brindadas y previniendo la ocurrencia de eventos adversos.

**IX. INDICADORES DE GESTIÓN DE LA CALIDAD**

INDICADORES	DESCRIPCIÓN
Comités conformados y reconocidos con R.D.	$\frac{\text{Nº comités reconocidos con RD} \times 100}{\text{Nº de comités propuestos}}$
Integrantes de comités capacitados	$\frac{\text{Nº de integrantes de comités capacitados} \times 100}{\text{Nº de integrantes de comités}}$
Satisfacción del usuario Externo	Evaluación realizada por SUSALUD
Satisfacción del usuario Interno	$\frac{\text{Total de personal que elevaron en 10\% su satisfacción} \times 100}{\text{Total de personal del Hospital}}$
Auditoría de la Calidad en Salud	$\frac{\text{Nº de Auditorías en salud realizadas} \times 100}{\text{Nº de Auditorías en salud programadas}}$
Atención de Reclamos y Sugerencias de usuarios	Determinados en Directiva



Autoevaluación	$\frac{\text{Total de UPS que elevaron en 10\% su evaluación}}{\text{Total de UPS}} \times 100$
Proyecto de mejora	$\frac{\text{Proyecto implementado}}{\text{Total de proyectos}} \times 100$
Seguridad del paciente	Evaluación realizada por Servicio por el equipo de Calidad
Gestión de la Historia Clínica	Evaluación realizada por Equipo de la Gestión de la Calidad y Jefes de los Departamentos
Guías de Práctica Clínica - Adaptadas	Evaluación realizada por Equipo de la Gestión de la Calidad y Jefes de los Departamentos
Guías de Procedimientos Médicos	Evaluación realizada por Equipo de la Gestión de la Calidad y Jefes de los Departamentos
Guías de Procedimientos de Enfermería	Evaluación realizada por Equipo de la Gestión de la Calidad y Jefas de los Servicios.
Personal con procesos por faltas a la Ética profesional	$\frac{\text{Total de personal con procesos}}{\text{Total de personal}} \times 100$
Porcentaje de avance del Plan Anual de la Unidad de Gestión de la Calidad	$\frac{\text{N° de acciones ejecutadas del Plan en el semestre/año}}{\text{Total de acciones programadas del plan del semestre/año}} \times 100$

**X. ACTIVIDADES**

Las actividades se detallan en Matriz de Programación del Plan Anual de la Unidad de Gestión de la Calidad HAPCSR II-2 2018.

**XI. PRESUPUESTO**

Los costos por actividad se detallan en anexo "Costos de implementación del Plan Anual de la Unidad de Gestión de la Calidad HAPCSR II-2 2018.

COSTO TOTAL DE IMPLEMENTACIÓN SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
COMPONENTES	TOTAL
I PLANIFICACIÓN PARA LA CALIDAD	900
II ORGANIZACIÓN PARA LA CALIDAD	500
III GARANTIA Y MEJORA DE LA CALIDAD	6500
IV INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD	1100
<b>TOTAL</b>	<b>9,000</b>



**MATRIZ DE PROGRAMACIÓN DEL PLAN ANUAL DE LA UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD HAPCSR II-2 2018**

**COMPONENTE : PLANIFICACIÓN PARA LA CALIDAD**

ACTIVIDAD 01	TAREAS	RESULTADO	META	C R O N O G R A M A																			
				E N E R O				F E B R E R O				M A R Z O				A B R I L							
				1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4				
Elaboración del Plan de Gestión de la Calidad del HAPCSR II-2 2018																							
TAREA N° 1: Difusión de NTS de gestión de la calidad y herramientas de gestión de la calidad.	Equipo de Gestión, Jefaturas y Coordinaciones de servicios y departamentos del hospital conocen norma Técnica de Gestión de la Calidad		1																				
TAREA N° 2: Elaboración de Plan de Gestión de la Calidad del HAPCI2SR 2018	Plan elaborado		1																				
TAREA N° 3: Aprobación del Plan de Gestión de la Calidad	Plan aprobado por Dirección Ejecutiva		1																				
TAREA N° 4: Socialización del Plan de Gestión de la Calidad del HAPCI2SR 2018 aprobado	Plan de Gestión de la Calidad del HAPCI2SR 2018 difundido en el personal del hospital		1																				

ACTIVIDAD 02	TAREAS	RESULTADO	META	C R O N O G R A M A																			
				E N E R O				F E B R E R O				M A R Z O				A B R I L							
				1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4				
Evaluación del Plan de Gestión de la Calidad																							
TAREA N° 1: Reuniones de evaluación con Equipo de Gestión para identificar el avance de implementación del Plan de Gestión de la calidad.	Monitoreo del avance de implementación del Plan de Gestión		3																				

ACTIVIDAD 03	TAREAS	RESULTADO	META	C R O N O G R A M A																			
				E N E R O				F E B R E R O				M A R Z O				A B R I L							
				1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4				
Coordinación con Unidad Planeamiento Estratégico del HAPCSR II-2.																							
TAREA N° 1: Revisión del POI, MOF, ROF, objetivos estratégicos y presupuesto institucional.	Documentos normativos institucionales incorporan lineamientos de Gestión de la Calidad		1																				
TAREA N° 2: Asistencia técnica sobre programación y evaluación de actividades hospitalarias	Programación de actividades hospitalarias con enfoque de calidad en la atención		3																				
TAREA N° 3: Monitoreo de la implementación de recomendaciones	Monitoreo de actividades programadas		4																				

ACTIVIDAD 04	TAREAS	RESULTADO	META	C R O N O G R A M A																			
				E N E R O				F E B R E R O				M A R Z O				A B R I L							
				1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4				
Coordinación con Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación del HAPCSR II-2.																							
TAREA N° 1: Evaluación de priorización de áreas y líneas de investigación en el HAPCSR II-2.	Áreas y líneas de investigación priorizadas		1																				
TAREA N° 2: Monitoreo de la implementación de recomendaciones	Monitoreo de actividades programadas		3																				

**COMPONENTE : ORGANIZACIÓN PARA LA CALIDAD**

ACTIVIDAD 05	TAREAS	RESULTADO	META	C R O N O G R A M A																			
				E N E R O				F E B R E R O				M A R Z O				A B R I L							
				1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4				
Conformación de Comités de Gestión de la Calidad del HAPCSR II-2.																							
TAREA N° 1: Elaborar propuesta de integrantes de Comités de Gestión de la Calidad del HAPCSR II-2.	Propuesta elaborada		1																				
TAREA N° 2: Conformación y oficialización de Comités de Gestión de la Calidad del HAPCSR II-2.	Comités con Resolución Directoral		8																				
TAREA N° 3: Reuniones para socializar los planes operativos de los Comités de Gestión de la Calidad del HAPCSR II-2.	Equipo de Gestión conoce los planes de Gestión de los Comités		2																				
TAREA N° 4: Capacitación en técnicas y herramientas de calidad en salud otorgado a integrantes de comités	Integrantes de Comités capacitados en técnicas y herramientas de calidad en salud		1																				
TAREA N° 5: Evaluación semestral de actividades de los Comités de Gestión de la Calidad del HAPCSR II-2.	Programación de actividades evaluada		2																				



**COMPONENTE: GARANTIA Y MEJORA DE LA CALIDAD**

ACTIVIDAD 06		C R O N O G R A M A											
Autoevaluación para la Acreditación del HAPCSR II.2.		C R O N O G R A M A											
TAREAS		C R O N O G R A M A											
RESULTADO	META	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
Integrantes de Equipo de Autoevaluación capacitados	1					x							
Plan e informe de Autoevaluación elaborados	1							x					
Recomendaciones de Autoevaluación evaluadas para toma de decisiones	2											x	
ACTIVIDAD 07		C R O N O G R A M A											
Auditoría de la Calidad de Atención en Salud		C R O N O G R A M A											
TAREAS		C R O N O G R A M A											
RESULTADO	META	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
Comité de Auditoría conoce y aplica Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud.	1					x							
Informe de monitoreo.	3											x	
ACTIVIDAD 08		C R O N O G R A M A											
Evaluación de Adherencia al uso de las Guías de Práctica Clínica		C R O N O G R A M A											
TAREAS		C R O N O G R A M A											
RESULTADO	META	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
Inventario actualizado	1							x					
NTS N° 117-MINSA/DGSP-V.01 difundida	1								x				
Documento técnico difundido	1									x			
Informe de adherencia al uso de las Guías de Práctica Clínica	2											x	
ACTIVIDAD 09		C R O N O G R A M A											
Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía		C R O N O G R A M A											
TAREAS		C R O N O G R A M A											
RESULTADO	META	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
Personal asistencial conocen y aplican la guía de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía	1												
El hospital han implementado Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.	2												
Estudio sobre la implementación de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía	1												
ACTIVIDAD 10		C R O N O G R A M A											
Implementación del Registro, Notificación y Análisis de la ocurrencia de Eventos Adversos.		C R O N O G R A M A											
TAREAS		C R O N O G R A M A											
RESULTADO	META	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
Plan de seguridad del paciente	1												
Sistema de registro, notificación y análisis de ocurrencia de eventos adversos.	2												



ACTIVIDAD 11		C R O N O G R A M A											
Rondas de seguridad en la atención del paciente		ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
TAREAS		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
RESULTADO													
Equipo de Rondas seguridad del paciente capacitado en uso de aplicativo informático						X							
TAREA N° 1: Asistencia técnica al Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente para uso del aplicativo.						X							
TAREA N° 2: Participación en Rondas de seguridad						X							
TAREA N° 3: Monitoreo de la implementación de los planes de levantamiento de observaciones.						X							
ACTIVIDAD 12													
Evaluación de infecciones intrahospitalarias.													
TAREAS													
RESULTADO													
TAREA N° 1: Asistencia técnica al Equipo de evaluación de IIH													
TAREA N° 1: Monitoreo del registro, notificación y análisis de la ocurrencia de IIH													
ACTIVIDAD 13													
Implementación del Sistema de prevención de caídas de pacientes hospitalizados													
TAREAS													
RESULTADO													
TAREA N° 1: Asistencia técnica al Equipo de Prevención de Caídas de pacientes hospitalizados						X							
TAREA N° 2: Capacitación a personal de enfermería Prevención de Caídas de pacientes hospitalizados						X							
TAREA N° 3: Monitoreo de la implementación del Sistema de Prevención de Caídas de pacientes hospitalizados						X							
ACTIVIDAD 14													
Implementación de proyectos y/o acciones de mejoras continua (PMCC) en relación a las prioridades sanitarias identificadas.													
TAREAS													
RESULTADO													
TAREA N° 1: Capacitación en elaboración de PMCC a los Equipos de Calidad						X							
TAREA N° 2: Monitoreo de ejecución de PMCC						X							
TAREA N° 3: Consolidación de los proyectos de mejora de calidad según-etapa y-técnica-priorizada-del-Hospital						X							
TAREA N° 4: Socialización de proyectos y/o acciones de mejora que han mostrado resultados positivos						X							
TAREA N° 5: Informe Anual a Dirección Ejecutiva del hospital de proyectos y/o acciones de mejora que se han realizado y han mostrado resultados positivos						X							
ACTIVIDAD 15													
Etica en la atención en Salud													
TAREAS													
RESULTADO													
TAREA N° 1: Asistencia técnica al Comité de Ética						X							
TAREA N° 2: Monitoreo de las actividades del Plan Ético en salud						X							
ACTIVIDAD 16													
Promoción y protección de los derechos de los usuarios del hospital													
TAREAS													
RESULTADO													
TAREA N° 1: Evaluación mensual, trimestral de sugerencias y reclamos						X							
TAREA N° 2: Evaluación de conocimientos de derechos en salud de los usuarios del hospital						X							
TAREA N° 3: Difusión de los Derechos de las Personas usuarias de los servicios de salud						X							
TAREA N° 4: Reunión con autoridades y organizaciones sobre derechos de usuarios del hospital						X							





**COSTO DE IMPLEMENTACIÓN DEL  
PLAN ANUAL DE UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD HAPCSR II-2 2018**

<b>I COMPONENTE : PLANIFICACIÓN PARA LA CALIDAD</b>		
<b>1</b>	<b>Elaboración del Plan de Gestión de la Calidad HAPCSR II-2 2018</b>	
	TAREA N° 1: Difusión de NTS de Gestión de la Calidad y Herramientas de Gestión de la Calidad.	200.0
	TAREA N° 2: Elaboración de Plan de Gestión de la Calidad del HAPCSR II-2 2018	50.0
	TAREA N° 3: Aprobación del Plan de Gestión de la Calidad	0.0
	TAREA N° 4: Socialización del Plan de Gestión de la Calidad del HAPCSR II-2 2018 aprobado	100.0
	<b>COSTO TOTAL DE LA ACTIVIDAD</b>	<b>350.0</b>
<b>2</b>	<b>Evaluación del Plan de Gestión de la Calidad</b>	
	TAREA N° 1: Reuniones de evaluación con Equipo de Gestión para identificar el avance de implementación del Plan de Gestión de la calidad	100.0
	<b>COSTO TOTAL DE LA ACTIVIDAD</b>	<b>100.0</b>
<b>3</b>	<b>Coordinación con Unidad Planeamiento Estratégico del HAPCSR II-2</b>	
	TAREA N° 1: Revisión del POI, MOF, ROF, objetivos estratégicos y presupuesto institucional.	50.0
	TAREA N° 2: Asistencia técnica sobre programación y evaluación de actividades hospitalarias	100.0
	TAREA N° 3: Monitoreo de la implementación de recomendaciones	100.0
	<b>COSTO TOTAL DE LA ACTIVIDAD</b>	<b>250.0</b>
<b>4</b>	<b>Coordinación con Unidad de Apoyo a Docencia e Investigación del HAPCSR II-2</b>	
	TAREA N° 1: Evaluación de priorización de áreas y líneas de investigación en el Hospital de la Amistad Perú	100.0
	TAREA N° 2: Monitoreo de la implementación de recomendaciones	100.0
	<b>COSTO TOTAL DE LA ACTIVIDAD</b>	<b>200.0</b>
	<b>COSTO DE IMPLEMENTACIÓN DEL COMPONENTE</b>	<b>900.0</b>

<b>II COMPONENTE : ORGANIZACIÓN PARA LA CALIDAD</b>		
<b>5</b>	<b>Conformación de Comités de Apoyo a Gestión de la Calidad del HAPCSR II-2</b>	<b>TOTAL</b>
	TAREA N° 1: Elaborar propuesta de integrantes de Comités de Gestión de la Calidad del HAPCSR II-2	50.0
	TAREA N° 2: Conformación y oficialización de Comités de Gestión de la Calidad del HAPCSR II-2	0.0
	TAREA N° 3: Reuniones para socializar los planes operativos de los Comités de Gestión de la Calidad del HAPCSR II-2.	150.0
	TAREA N° 4: Capacitación en técnicas y herramientas de calidad en salud dirigido a integrantes de comités	200.0
	TAREA N° 5: Evaluación semestral de actividades de los Comités de Calidad del HAPCSR II-2	100.0
	<b>COSTO TOTAL DE LA ACTIVIDAD</b>	<b>500.0</b>
	<b>COSTO DE IMPLEMENTACIÓN DEL COMPONENTE</b>	<b>500.0</b>

<b>III COMPONENTE: GARANTIA Y MEJORA DE LA CALIDAD</b>		
<b>6</b>	<b>Autoevaluación para la Acreditación del HAPCSR II-2.</b>	
	TAREA N° 1: Capacitación a Evaluadores Internos sobre NTS N° 050-MINSA/DGSP-V.02 Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.	150.0
	TAREA N° 2: Asistencia técnica al Equipo de Evaluadores Internos para elaboración de Plan e Informe de autoevaluación.	100.0
	TAREA N° 3: Monitoreo de la implementación de recomendaciones del proceso de autoevaluación	100.0
	<b>COSTO TOTAL DE LA ACTIVIDAD</b>	<b>350.0</b>
<b>7</b>	<b>Auditoría de la Calidad de Atención en salud</b>	
	TAREA N° 1: Socialización de RM N° 474-2005/MINSA (Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud" a Comité de Auditoría	100.0
	TAREA N° 2: Monitoreo de la implementación de las recomendaciones emitidas por las auditorías	100.0
	<b>COSTO TOTAL DE LA ACTIVIDAD</b>	<b>200.0</b>
<b>8</b>	<b>Evaluación de Adherencia al uso de las Guías de Práctica Clínica</b>	
	TAREA N° 1: Actualización del inventario de las Guías de Práctica Clínica utilizadas en el hospital.	50.0
	TAREA N° 2: Difusión de la NTS N° 117-MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica de Salud para la elaboración y uso de las Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud" aprobada mediante RM N° 302-2015/MINSA.	100.0
	TAREA N° 3: Difusión del Documento Técnico: "Metodología para la elaboración de Guías de Práctica Clínica" aprobada por RM N° 414-2015/MINSA.	100.0
	TAREA N° 4: Monitoreo de la adherencia al uso de las las Guías de Práctica Clínica	100.0
	<b>COSTO TOTAL DE LA ACTIVIDAD</b>	<b>350.0</b>
<b>9</b>	<b>Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía</b>	
	TAREA N° 1: Difusión de Guía Técnica de Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía	100.0
	TAREA N° 2: Monitoreo de la implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía	100.0
	TAREA N° 3: Evaluación de implementación de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía	100.0
	<b>COSTO TOTAL DE LA ACTIVIDAD</b>	<b>300.0</b>
<b>10</b>	<b>Implementación del Registro, Notificación y Análisis de la ocurrencia de Eventos Adversos</b>	
	TAREA N° 1: Asistencia técnica al comité para la elaboración de Plan de Seguridad del Paciente	100.0
	TAREA N° 2: Evaluación del Sistema de registro, notificación y análisis de ocurrencia de eventos adversos	100.0
	<b>COSTO TOTAL DE LA ACTIVIDAD</b>	<b>200.0</b>
<b>11</b>	<b>Rondas de seguridad en la atención del paciente</b>	
	TAREA N° 1: Asistencia técnica al Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente para uso del aplicativo.	100.0
	TAREA N° 2: Participación en Rondas de seguridad	0.0
	TAREA N° 3: Monitoreo de la implementación de los planes de levantamiento de observaciones	100.0
	<b>COSTO TOTAL DE LA ACTIVIDAD</b>	<b>200.0</b>
<b>12</b>	<b>Evaluación de infecciones intrahospitalarias.</b>	
	TAREA N° 1: Asistencia técnica al Equipo de evaluación de IIH	100.0
	TAREA N° 2: Monitoreo del registro, notificación y análisis de la ocurrencia de IIH	100.0
	<b>COSTO TOTAL DE LA ACTIVIDAD</b>	<b>200.0</b>



13	<b>Implementación del Sistema de prevención de caídas de pacientes hospitalizados</b>	
	TAREA N° 1: Asistencia técnica al Equipo de Prevención de Caídas de pacientes hospitalizados	100.0
	TAREA N° 2: Capacitación a personal de enfermería Prevención de Caídas de pacientes hospitalizados	200.0
	TAREA N° 3: Monitoreo de la implementación del Sistema de Prevención de Caídas de pacientes hospitalizados	100.0
	<b>COSTO TOTAL DE LA ACTIVIDAD</b>	<b>400.0</b>
14	<b>Implementación de proyectos y/o acciones de mejoras continua en relación a las prioridades sanitarias identificadas.</b>	
	TAREA N° 1: Capacitación en elaboración de Proyectos de Mejora de la Calidad a los Equipos de Calidad	200.0
	TAREA N° 2: Monitoreo de ejecución de proyectos de mejora continua.	100.0
	TAREA N° 3: Consolidado de los proyectos de mejora de calidad según etapa y temática priorizada del Hospital	50.0
	TAREA N° 4: Socialización de proyectos y/o acciones de mejora que han mostrado resultados positivos	100.0
	TAREA N° 5: Informe Anual a Dirección Ejecutiva del hospital de proyectos y/o acciones de mejora que se han realizado y han mostrado resultados positivos	50.0
	<b>COSTO TOTAL DE LA ACTIVIDAD</b>	<b>500.0</b>
15	<b>Ética en la atención en salud</b>	
	TAREA N° 1: Asistencia técnica al Comité de Ética	100.0
	TAREA N° 4: Monitoreo de las actividades del Plan del Equipos de calidad	100.0
	<b>COSTO TOTAL DE LA ACTIVIDAD</b>	<b>200.0</b>
16	<b>Promoción y protección de los derechos de los usuarios del hospital</b>	
	TAREA N° 1: Evaluación mensual, trimestral de sugerencias y reclamos	300.0
	TAREA N° 2: Evaluación de conocimientos de derechos en salud de los usuarios del HAPCSR II-2	150.0
	TAREA N° 3: Difusión de los Derechos de las Personas usuarias de los servicios de salud	3000.0
	TAREA N° 4: Reunión con autoridades y organizaciones sobre derechos en salud de los usuarios del Hospital de la Amistad Perú Corea Santa Rosa II-2.	150.0
	<b>COSTO TOTAL DE LA ACTIVIDAD</b>	<b>3600.0</b>
	<b>COSTO DE IMPLEMENTACION DEL COMPONENTE</b>	<b>6500.0</b>

<b>IV COMPONENTE: INFORMACION PARA LA CALIDAD</b>		
17	<b>Evaluación Satisfacción del usuario externo en consulta externa / hospitalización / emergencia</b>	
	TAREA N° 1: Capacitación a equipos de calidad, en el uso de la guía para la evaluación de la medición de la satisfacción de los usuarios externos en consulta externa, hospitalización y emergencia así como en el aplicativo informático.	100.0
	TAREA N° 2: Evaluación de la Medición de la satisfacción de los usuarios externos en consulta externa, hospitalización y emergencia	150.0
	TAREA N° 3: Consolidado de los resultados finales de la medición de la satisfacción de los usuarios externos en consulta externa, hospitalización y emergencia	100.0
	TAREA N° 4: Identificación de los proyectos y/o acciones de mejora a partir de los resultados obtenidos en la evaluación del usuario externo.	50.0
	<b>COSTO TOTAL DE LA ACTIVIDAD</b>	<b>400.0</b>
18	<b>Evaluación del Clima organizacional.</b>	
	TAREA N° 1: Asistencia Técnica al Comité de Estudio del Clima Organizacional	100.0
	TAREA N° 2: Monitoreo de estrategias de mejora del clima organizacional en HAPCSR II-2	100.0
	<b>COSTO TOTAL DE LA ACTIVIDAD</b>	<b>200.0</b>
19	<b>Indicadores de Gestión de la Calidad</b>	
	TAREA N° 1: Definición de los indicadores de evaluación de Gestión de Calidad del HAPCSR II-2	50.0
	TAREA N° 2: Monitoreo mensual de indicadores	100.0
	TAREA N° 3: Propuestas de mejora de indicadores evaluados	50.0
	<b>COSTO TOTAL DE LA ACTIVIDAD</b>	<b>200.0</b>
20	<b>Evaluación de indicadores hospitalarios / Convenios de Gestión</b>	
	TAREA N° 1: Asistencia Técnica a Unidad de Estadística e Informática para generar y evaluar indicadores hospitalarios y de Convenio de Gestión.	100.0
	TAREA N° 2: Monitoreo mensual de indicadores hospitalarios/ Convenio de Gestión	150.0
	TAREA N° 3: Propuestas de mejora de indicadores evaluados	50.0
	<b>COSTO TOTAL DE LA ACTIVIDAD</b>	<b>300.0</b>
	<b>COSTO DE IMPLEMENTACION DEL COMPONENTE</b>	<b>1100.0</b>

**COSTO TOTAL DE IMPLEMENTACION  
SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD**

COMPONENTES	TOTAL
I PLANIFICACIÓN PARA LA CALIDAD	900
II ORGANIZACIÓN PARA LA CALIDAD	500
III GARANTIA Y MEJORA DE LA CALIDAD	6500
IV INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD	1100
<b>TOTAL</b>	<b>9,000</b>

