



Resolución Directoral

Lima, 22 de Marzo de 2018

VISTO: El Expediente Administrativo Registró Nro. 003696-2018 que contiene el proyecto del Documento Técnico: "Plan Anual de Gestión de la Calidad", del Hospital Nacional "Dos de Mayo";

CONSIDERANDO:

Que, el Numeral VI, del Título Preliminar de la Ley General de Salud N° 26842, establece que es responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad;

Que, mediante Decreto Supremo N° 013-2006-SA, se aprobó el Reglamento de Establecimiento de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, el que tiene por objetivo establecer los requisitos y condiciones para la operación y funcionamiento de los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, orientados a garantizar la calidad de sus prestaciones, así como los mecanismos para la verificación, control y evaluación de su cumplimiento;


Que, mediante Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, se aprobó el Documento Técnico: "Política Nacional de Calidad en Salud", cuya finalidad es contribuir a la mejora de la calidad de la atención de salud en las organizaciones proveedoras de servicios de salud mediante la implementación de directrices emanadas de la Autoridad Sanitaria Nacional, con el objetivo de establecer las directrices que orienten el desarrollo de las intervenciones destinadas a mejorar la calidad de la atención de salud en el sistema de salud del Perú;

Que, a través de Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, se aprobó el documento "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud", el cual tiene como objetivo establecer los principios, normas, metodologías de los procesos para la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, orientado a obtener resultados para la mejoría de la calidad de atención en los servicios de salud;


Que, mediante la Resolución Ministerial N° 596-2007/MINSA, se aprueba el "Plan Nacional de Gestión de la Calidad en Salud", cuyo objetivo es mejorar continuamente la calidad de los servicios del sector salud, mediante el desarrollo de una cultura de calidad sensible a las necesidades y expectativas de los usuarios internos y externos, que tengan un impacto en los resultados sanitarios; asimismo, en el citado plan se ha señalado, entre sus componentes el de garantía y mejora,




para lo que se ha implementado una serie de procesos, entre ellos el de Seguridad del Paciente;




Que, mediante Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, se aprobó la Norma Técnica de Salud N° 050-MINSA/DGSP-V.02: "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo", cuya finalidad es contribuir a garantizar a los usuarios y al sistema de salud que los establecimientos de salud o servicios médicos de apoyo, según su nivel de complejidad, cuenten con capacidades para brindar prestaciones de calidad sobre la base del cumplimiento de estándares nacionales previamente definidos;



Que, mediante Resolución Ministerial N° 502-2016-MINSA, se aprueba la NTS N° 029-MINSA/DIGEPRES-V-02, "Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud", cuyo objeto es mejorar la Atención de Salud que se brinda en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, públicos, privados y mixtos. La Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud se realiza para verificar y mejorar la calidad de atención en los servicios en salud y promover activamente el respeto de los derechos de los usuarios de los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo;



Que, el artículo 11° del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional "Dos de Mayo", aprobado mediante Resolución Ministerial N° 696-2008/MINSA, dispone que la Oficina de Gestión de la Calidad es el órgano encargado de implementar el Sistema de Gestión de la Calidad en el Hospital Nacional "Dos de Mayo", para promover la mejora continua de la atención asistencial y administrativa del paciente, con la participación activa del personal;



Que, mediante Oficio N° 49-2018-OGC-HNDM, de fecha 20 de febrero del 2018, la Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad, remite el proyecto del Documento Técnico: "Plan Anual de Gestión de la Calidad 2018", señalando que ha sido elaborado de acuerdo a los criterios de programación de actividades del MINSA, y solicita su aprobación;

Que, mediante Informe N°424-2018-OEPE-EP-N°429-HNDM, de fecha 13 de marzo del 2018, el Coordinador del Equipo de Trabajo de Presupuesto, emite su opinión favorable respecto al presupuesto que involucra al referido proyecto del Plan, el mismo que hace suyo en todos sus extremos la Directora Ejecutiva de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico;

Estando a lo propuesto por la Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad;

Con las visaciones del Director Adjunto, de la Directora Ejecutiva de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, de la Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad, y del Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica;



Resolución Directoral

Lima, 22 de Marzo de 2018

De conformidad con lo establecido en el Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444 Ley del Procedimiento Administrativo General, aprobado mediante Decreto Supremo N° 006-2017-JUS, la Resolución Ministerial N° 596-2007/MINSA, que aprueba el "Plan Nacional de Gestión de la Calidad en Salud", la Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, que aprueba el "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud" y la Resolución Ministerial N° 696-2008/MINSA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional "Dos de Mayo";

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- Aprobar el Documento Técnico: PLAN ANUAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD – 2018, del Hospital Nacional "Dos de Mayo", el cual consta de doce (12) fojas y que forma parte integrante de la presente resolución.

Artículo 2°.- Encargar a la Jefatura de la Oficina de Gestión de la Calidad, la difusión, cumplimiento, implementación, monitoreo, informando a la Dirección General y a la Oficina Ejecutiva de planeamiento Estratégico, trimestralmente los avances del Documento Técnico, aprobado mediante el artículo 1° de la presente Resolución.

Artículo 3°.- La Jefatura de la Oficina de Estadística e Informática de la Institución dispondrá la publicación de la presente resolución directoral en el portal institucional del Hospital <http://www.hdosdemayo.gob.pe>.

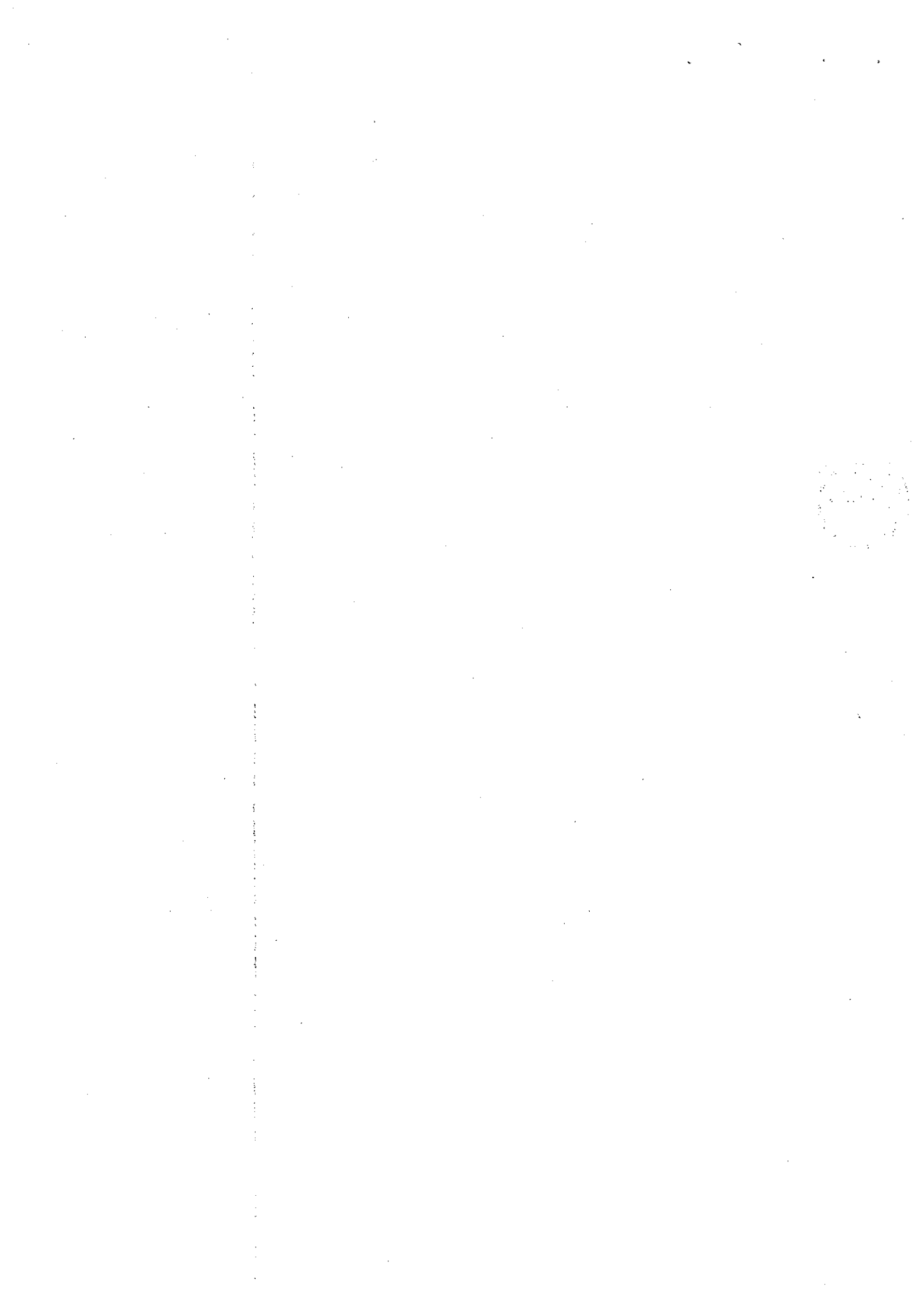
Regístrese, comuníquese y publíquese;



MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"

DEL ROSARIO DEL MAR AYO KIVCHABA OKANOTO
Directora General (C)
C.M.P. 15560 R.N.E. 40199

RDMKO/CECQ/OCRO/GLDF/RPA/JE/JT/dlpa
C.c.:
- Dirección General.
- Dirección Adjunta.
- O. de Control Institucional
- Of. Ejecutiva de Planeamiento Estratégico.
- O. Gestión de la Calidad.
- O. Asesoría Jurídica.
- O. Estadística e Informática
- Archivo.





PERU Ministerio de Salud

Hospital Nacional "Dos de Mayo"



Documento Técnico
PLAN ANUAL DE GESTIÓN DE LA
CALIDAD

2018

INDICE

I.	INTRODUCCIÓN	2
II.	FINALIDAD	2
III.	OBJETIVOS	2
IV.	AMBITO DE APLICACIÓN	3
V.	BASE LEGAL	4
VI.	CONTENIDO	4
VII.	RESPONSABILIDADES	5
VIII.	PRESUPUESTO	6
IX.	CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	6



Documento Técnico:
PLAN ANUAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD 2018
HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"

I. INTRODUCCION

"La Calidad de la atención en salud consiste en la aplicación de la ciencia y tecnología médicas en una forma que maximice los beneficios para la salud, sin aumentar en forma proporcional los riesgos. El grado de calidad, es por lo tanto, la medida en que se espera que la atención suministrada logre el equilibrio más favorable de riesgos y beneficios". *Avedis Donabedian.*

La calidad de atención en salud es multidimensional, siendo el desempeño técnico, el acceso a los servicios, la efectividad de la atención, la eficiencia de la entrega de servicios, las relaciones interpersonales, la continuidad de los servicios, la seguridad, la elección, la infraestructura física y la comodidad, las dimensiones que se deben hallar presentes en toda atención de salud brindada al paciente.

El Ministerio de Salud viene promoviendo la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud así como la Política Nacional de Calidad en Salud. En este contexto el Hospital Nacional Dos de Mayo desarrolla en el marco de la visión, misión, políticas y objetivos estratégicos institucionales, el presente Plan para contribuir al mejoramiento de los servicios de salud y la calidad de atención de sus pacientes.

II. FINALIDAD

Mejorar la calidad y la seguridad de la atención en los servicios que brinda el Hospital Nacional Dos de Mayo

III. OBJETIVOS

Basados en la Matriz de Programación del Plan de Gestión de la Calidad de las IPRESS -2018 remitidos por el Viceministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud - Unidad Funcional de Gestión de la Calidad del MINSA se plantean los siguientes objetivos

Objetivo General

Implementar el Sistema de Gestión de la Calidad en las Oficinas y Departamentos del Hospital Nacional "Dos de Mayo" con la participación activa del personal.



Objetivos Específicos

OE.1: Implementar el Plan de Seguridad del Paciente

1. Organizar los equipos para la implementación del Plan de Seguridad del Paciente
2. Promover los Objetivos Internacionales en Seguridad del Paciente
3. Fortalecer competencias en Buenas Prácticas de Atención y Gestión del Riesgo
4. Fortalecer el Sistema de Registro-Notificación-Análisis y Mejora del Incidente y Evento Adverso
5. Implementar Rondas de Seguridad de Seguridad del Paciente
6. Fortalecer el Proceso de Análisis de los Eventos Adversos
7. Fortalecer el Sistema de Prevención y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud

OE.2: Implementar el Plan de Auditoría de la Calidad de Atención

1. Desarrollar actividades de socialización que involucren y motiven al personal de salud
2. Establecer procesos para la difusión, implementación y evaluación de la aplicación de las Guías de Práctica Clínica y/o Procedimientos asistenciales
3. Fortalecer la Auditoría de la Calidad de Atención en Salud
4. Optimizar la información y capacitación en Auditoría

OE.3: Implementar el Plan de Autoevaluación

1. Organizar y planificar para la Autoevaluación
2. Realizar la autoevaluación
3. Analizar resultados de la Autoevaluación

OE 4: Promover la Mejora Continua

1. Fortalecer las competencias en proyectos de mejora
2. Implementar acciones de mejora

OE 5: Fortalecer la Información para la Calidad

1. Medición de la satisfacción del usuario externo

IV. ÁMBITO DE APLICACIÓN

El presente Plan Anual de Gestión de la Calidad 2018 es de conocimiento, aplicación y cumplimiento obligatorio en todas las Oficinas y Departamentos del "Hospital Nacional Dos de Mayo"



V. BASE LEGAL

1. Ley N° 26842, "Ley General de Salud"
2. Ley N° 27815, "Ley del Código de Ética de la Función Pública"
3. Ley N° 29414. Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud.
4. Decreto Supremo N° 016-2002-SA, que aprueban el reglamento de Ley N° 27604 que modifica la Ley General de Salud N° 26842, respecto de la obligación de los establecimientos de salud a dar atención médica en caso de emergencias y partos
5. Decreto Supremo N° 013-2006-SA, que aprueba el "Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".
6. Resolución Ministerial N° 041-2005/MINSA, que aprueba la Directiva N° 049-MINSA/DGSP-V.01: "Directiva para el funcionamiento del Equipo de Gestión de Calidad en las Direcciones de Salud"
7. Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, que aprueba el "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud"
8. Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, que aprueba la N.T. N° 050-MINSA/DGSP-V.02 "Norma Técnica de Acreditación de Servicios de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".
9. Resolución Ministerial N° 596-2007/MINSA, que aprueba el "Plan Nacional de Gestión de la Calidad en Salud".
10. Resolución Ministerial N° 696-2008/MINSA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional Dos de Mayo
11. Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, que aprueba la "Política Nacional de Calidad en Salud".
12. Resolución Ministerial N° 095-2012/MINSA, que aprueba la "Guía Técnica para la elaboración de Proyectos de Mejora y la aplicación de técnicas y herramientas para la Gestión de la Calidad"
13. Resolución Ministerial N° 502-2016/MINSA, que aprueba la N.T. N° 029-MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud".
14. Resolución Ministerial N° 850-2016/MINSA, que aprueba las "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud".

VI. CONTENIDO

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:

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.

PRINCIPIOS DEL SISTEMA DE GESTION 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 proceso.
- **Enfoque sistémico 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.

VII. RESPONSABILIDADES

El personal que labora en el Hospital Nacional Dos de Mayo, es responsable del cumplimiento permanente de lo dispuesto en el presente Plan.

Las Jefaturas de Departamentos y Oficinas son responsables de implementar las actividades que le corresponden y remitir la información respectiva a la Oficina de Gestión de la Calidad.

En el caso de los Comités/Equipos de Departamentos/Oficinas relacionados con las líneas de trabajo de Gestión de la Calidad, la información debe ser remitida a través de las Jefaturas correspondientes.

El Comité de Auditoría Médica deberá coordinar permanentemente con la Oficina de Gestión de la Calidad.



VIII. PRESUPUESTO

OE1: Las actividades de seguridad implican participación institucional, por lo que muchas de ellas tienen presupuesto en diferentes UPS y UPSS, como es el caso de capacitación que está programada en el PDP, bioseguridad en la Oficina de Epidemiología y Saneamiento Ambiental. Entonces, para generar productos básicamente documentarios en la Oficina de Gestión de la Calidad, se requerirán S/. 600.00 nuevos soles.

OE2: Las actividades de Auditoría implican participación institucional, por lo que muchas ellas tienen presupuesto en diferentes UPS y UPSS, como es el caso de capacitación que está programada en el PDP. Entonces, para generar productos básicamente documentarios en la Oficina de Gestión de la Calidad, se requerirán S/. 1000.00 soles.

OE3: Las actividades de Autoevaluación implica participación institucional, por lo que muchas de ellas tienen presupuesto en diferentes UPS y UPSS, como es el caso de capacitación que está programada en el PDP. Entonces, para generar productos básicamente documentarios en la Oficina de Gestión de la Calidad, se requerirán S/. 1700.00 soles.

OE4: Las actividades para la mejora continua implica participación institucional, por lo que muchas de las actividades tienen presupuesto en diferentes UPS y UPSS, como es el caso de capacitación que está programada en el PDP.

OE5: La aplicación de las encuestas se realiza a través de terceros y requiere un presupuesto aproximado de S/. 15000.00 soles

Presupuesto calculado para las actividades no presupuestadas en otras UPS y UPSS es de S/. 18,300.00 soles.

El presupuesto desagregado se visualiza con el cronograma de actividades.

IX. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES



Hospital Nacional "Dos de Mayo"
Documento Técnico: Plan Anual de Gestión de la Calidad 2018

OBJETIVO	ACTIVIDADES	TAREAS	UNIDAD DE MEDIDA	META DE CUMPLIMIENTO	CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN AÑO 2018												PRESUPUESTO	RESPONSABLE
					ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC		
OBJ 1. IMPLEMENTAR EL PLAN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	Actualizar de la Resolución Directoral que conforma el Equipo de Rondas.	Resolución Directoral	1	1													0	Dirección General
	Organizar los equipos para la implementación del Plan de Seguridad del Paciente	Resolución Directoral	1	1													0	Dirección General
	Actualizar de la Resolución Directoral que conforma el Comité de Análisis de Eventos Centinela	Resolución Directoral	1	1													0	Dirección General
	Capacitación en Gestión del Riesgo Asistencial, Rondas de Seguridad del Paciente	Persona capacitada	40			1											SI: 6000 (Programado en FDP)	Oficina de Apoyo a la Capacitación, Docencia e Investigación
	Capacitación para fortalecer los aspectos técnicos de la aplicación de la Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía dirigido a personal que labora en las Áreas Quirúrgicas y Centro Quirúrgico	Persona capacitada	80		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	SI: 100	Dpto de Anestesia y Centro Quirúrgico Dpto de Cirugía Dpto de Enfermería Dpto de Gineco-Obstetricia Dpto de Cirugía de Torax y Cardiovascular
	Capacitación en el Sistema de Registro, Notificación de Incidentes, Eventos Adversos.	Persona capacitada	40				1										0	Oficina de Apoyo a la Capacitación, Docencia e Investigación
	Capacitación en el Análisis de Eventos Centinela.	Persona capacitada	40				1										0	Oficina de Apoyo a la Capacitación, Docencia e Investigación
	Fortalecer el Sistema de Registro, Notificación, Análisis y Mejora del Incidente y Evento Adverso	Informe	2						1								0	Oficina de Gestión de la Calidad
		Informe	4					1									0	Oficina de Gestión de la Calidad
		Informe	4							1							Costos programados en actividades del Dpto. de Anestesia y Centro Quirúrgico	Dpto. de Anestesia y Centro Quirúrgico
	Promover los Objetivos Internacionales en Seguridad del Paciente	Informe	4					1									0	Oficina de Gestión de la Calidad
		Informe	2							1							0	Oficina de Gestión de la Calidad
	Informe	3					1									SI: 200	Oficina de Gestión de la Calidad	



Hospital Nacional "Dos de Mayo"
Documento Técnico: Plan Anual de Gestión de la Calidad 2018

OBJETIVO	ACTIVIDADES	TAREAS	UNIDAD DE MEDIDA	META DE CUMPLIMIENTO	CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN AÑO 2018												PRESUPUESTO	RESPONSABLE		
					ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGOS	SET	OCT	NOV	DIC				
01. IMPLEMENTAR EL PLAN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	Implementar Rondas de Seguridad del Paciente	Ejecución de Rondas de Seguridad del Paciente.	Informe	4				1									1			Oficina de Gestión de la Calidad
		Monitoreo de las acciones de mejora post ronda.	Informe	4				1										1		Oficina de Gestión de la Calidad
	Fortalecer el Proceso de Análisis de los Eventos Adversos	Análisis de los eventos adversos mediante la Metodología del Protocolo de Londres.	Informe	4				1										1		Oficina de Gestión de la Calidad
		Elaboración del Plan anual de prevención y control de las IAAS.	Resolución Directoral	1				1												Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental
	Fortalecer el Sistema de Prevención y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud.	Evaluación de la implementación de los Seis Lineamientos para la Prevención y Control de las IAAS/IRI según objetivos y estrategias del Documento Técnico Lineamiento para la vigilancia, prevención y control de las IAAS.	Informe	2							1							1		Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental
		Evaluación de la aplicación de la metodología Bundle.	Informe	3					1									1		Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental
		Capacitación del proceso de higiene de manos	Informe	4				1										1		Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental
		Monitoreo de higiene de manos: Adherencia a la técnica de lavado de manos clínico.	Informe	4				1										1		Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental

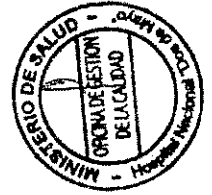
Las actividades de seguridad implica participación insitucional, por lo que muchas de las actividades tienen presupuesto en diferentes UPS y UPSS, como es el caso de capacitación que está programada en el PDP. Entonces, para generar productos básicamente documentarios en la OGC, se requerirán 600 soles.



Hospital Nacional "Dos de Mayo"
Documento Técnico: Plan Anual de Gestión de la Calidad 2018

ACTIVIDADES	TAREAS	UNIDAD DE MEDIDA	META DE CUMPLIMIENTO	CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN AÑO 2018												PRESUPUESTO	RESPONSABLE	
				BIE	FEB.	MAR.	ABR.	MAY.	JUN.	JUL.	AGOS.	SET.	OCT.	NOV.	DIC.			
Desarrollar actividades de socialización que involucren y motiven al personal de la institución en cuanto a la calidad establecidos en la Norma Técnica.	a. Elaboración del Plan de Auditoría de la Calidad 2018.	Plan elaborado	1		1												0	Oficina de Gestión de la Calidad
	b. Aprobación del Plan de Auditoría de la Calidad 2018.	Resolución Directoral	1		1												0	Dirección General
	c. Difusión del Plan de la Calidad de Atención en Salud 2018 a los diferentes Departamentos de la Institución.	Memorandum Correo Electrónico	1	1													0	Oficina de Gestión de la Calidad
	d. Evaluación del cumplimiento de Plan Anual de Auditoría de Calidad 2018.	Informe	4			1				1							0	Oficina de Gestión de la Calidad
	e. Reestructuración o ratificación de los Comités de Auditoría y oficialización mediante Resolución Directoral.	Resolución Directoral	1		1												0	Dirección General
Establecer procesos para la difusión, implementación y evaluación de la aplicación de las Guías de Práctica Clínica y/o Procedimientos asistenciales	a. Consolidar el listado de Guías de Práctica Clínica y de Procedimientos Asistenciales vigentes	Informe	2							1							SI 200	Oficina de Gestión de la Calidad
	b. Realizar reuniones de coordinación, sensibilización y promoción del uso, y actualización de las Guías de Práctica Clínica y de Procedimientos Asistenciales	Informe	2							1							0	Oficina de Gestión de la Calidad
	c. Medir la adherencia de OPC de las patologías prevalentes en hospitalización.	Informe	4			1				1							0	Jefaturas de Departamentos
	d. Asesorar en la formulación de Guías de Práctica Clínica, Guías de Procedimientos, Listas de Verificación y Consentimientos Informados.	Reporte	4			1				1							0	Oficina de Gestión de la Calidad

DE ATENCION EN SALUD
OE.2. IMPLEMENTAR EL PLAN DE AUDITORIA DE LA CALIDAD



Hospital Nacional "Dos de Mayo"
Documento Técnico: Plan Anual de Gestión de la Calidad 2018

ACTIVIDADES	TAREAS	UNIDAD DE MEDIDA	META DE CUMPLIMIENTO	CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN AÑO 2018												PRESUPUESTO	RESPONSABLE	
				ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGOS	SET	OCT	NOV	DIC			
OE.2. IMPLEMENTAR EL PLAN DE AUDITORIA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD	a. Identificar los Servicios que serán auditados en coordinación con el Comité de Auditoría de la Calidad de Atención en salud y los Comités de los Departamentos	Acla	2		1	1											0	RESPONSABLE DE LINEA DE AUDITORIA OGC
	b. Implementar la Auditoría de la Calidad de Atención.	Informe	4			1	1										0	COMITES DE AUDITORIA DE ATENCION DE LA CALIDAD POR DEPARTAMENTO
	c. Implementar la Auditoría de Proceso.	Informe	4			1	1										0	COMITÉ DE AUDITORIA DE ATENCION DE LA CALIDAD POR DEPARTAMENTO
	d. Coordinar con el Comité de Auditoría médica para la realización de la Auditoría de Caso.	Informe	4			1	1										200	RESPONSABLE DE LINEA DE AUDITORIA OGC
	e. Generar base de datos de las recomendaciones emitidas en las auditorías.	Informe	4			1	1										0	RESPONSABLE DE LINEA DE AUDITORIA OGC
	f. Seguimiento de la implementación se las recomendaciones.	Informe	2							1							0	RESPONSABLE DE LINEA DE AUDITORIA OGC
	g. Elaborar Informe serrealiz de Auditorías de la Calidad de atención realizadas según tipo de auditoría (programada y no programada)	Informe	2							1							0	RESPONSABLE DE LINEA DE AUDITORIA OGC
	a. Difusión de la Norma Técnica de Auditoría	Correo Electrónico	2								1						0	RESPONSABLE DE LINEA DE AUDITORIA OGC
	b. Brindar asistencia técnica en Auditoría de la Calidad en Salud para los departamentos . Cronograma	Informe	2								1						0	RESPONSABLE DE LINEA DE AUDITORIA OGC
	c. Capacitación a los comités de auditoría de la calidad de la atención en salud.	Informe	2													1	S/18000 (COSTOS PROGRAMADOS EN PDP)	RESPONSABLE DE LINEA DE AUDITORIA OGC

Las actividades de Auditoría implica participación institucional, por lo que muchas de las actividades tienen presupuesto en diferentes UPS y UPSS, como es el caso de capacitación que está programada en el PDP. Entonces, para generar productos básicamente documentarios en la OGC, se requerirán 1000 soles.



Hospital Nacional "Dos de Mayo"
Documento Técnico: Plan Anual de Gestión de la Calidad 2018

ACTIVIDADES	TAREAS	UNIDAD DE MEDIDA	META DE CUMPLIMIENTO	CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN AÑO 2018												PRESUPUESTO	RESPONSABLE
				ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGOS	SET	OCT	NOV	DIC		
03. IMPLEMENTAR EL PLAN DE AUTOEVALUACION	Comunicación de los evaluadores internos	Resolución directoral	1		1											0	Dirección General
	Capacitación a los evaluadores internos	Persona capacitada	40			1										SI. 2000 (Programado en el PDP)	Oficina de Apoyo a la Docencia y Capacitación
	Elaboración del plan y designación de líder	Lista de asistencia	1		1											0	Evaluadores Internos
	Designación de responsables por macroproceso	Lista de	1		1											0	Oficina de Gestión de la Calidad
	Aprobación del plan de autoevaluación	Resolución directoral	1		1											0	Oficina de Gestión de la Calidad
	Difusión del proceso de autoevaluación	Banner		3				1								SI. 300	Oficina de Comunicaciones
		Duplicados		2000					1							SI. 400	Oficina de Comunicaciones
	Realizar la Autoevaluación	Difusión del plan de autoevaluación 2018	Correo electrónico Página web	1			1									0	Dirección General
		Reunión de análisis de los fuentes de verificación de los criterios de acreditación con el equipo de evaluadores internos y responsables de macroprocesos	Lista de asistencia	1			1									SI. 400	Oficina de Gestión de la Calidad
		Aplicación de la lista de estándares de acreditación	Hojas de registro de datos para autoevaluación	21						1						SI. 200	Oficina de Gestión de la Calidad
Procesamiento de datos y análisis de resultados		Datos en aplicativo MARS	1							1					0	Lider de evaluadores internos	
Analizar resultados	Elaboración del informe del proceso de autoevaluación	Informe	1								1			SI. 400	Oficina de Gestión de la Calidad		

Las actividades de Autoevaluación implica participación institucional, por lo que muchas de las actividades tienen presupuesto en diferentes UPS y UPS, como es el caso de capacitación que está programada en el PDP. Entonces, para generar productos básicamente documentarios en la OGC, se requerirán 1700 soles.



Hospital Nacional "Dos de Mayo"
Documento Técnico: Plan Anual de Gestión de la Calidad 2018

	ACTIVIDADES	TAREAS	UNIDAD DE MEDIDA	META DE CUMPLIMIENTO	CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN AÑO 2018												PRESUPUESTO	RESPONSABLE
					ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC		
OEA PROMOVER LA MEJORA CONTINUA	Fortalecer las competencias en proyectos de mejora	Capacitación en proyectos y/o acciones de mejora	Persona capacitada	30								1	1				S/ 7000 (Programado en el PDP)	Oficina de Apoyo a la Docencia y Capacitación
	Implementar acciones de mejora	Elaborar el listado de acciones/ planes/proyectos de mejora	Listado	2						1							0	Oficina de Gestión de la Calidad
		Monitoreo de acciones/ planes/proyectos de mejora	Informe	2							1						0	Oficina de Gestión de la Calidad

Las actividades para la mejora continua implica participación institucional, por lo que muchas de las actividades tienen presupuesto en diferentes UPS y UPSS, como es el caso de capacitación que está programada en el PDP.

	ACTIVIDADES	TAREAS	UNIDAD DE MEDIDA	META DE CUMPLIMIENTO	CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN AÑO 2018												PRESUPUESTO	RESPONSABLE
					ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC		
OEA FORTALECER LA INFORMACION PARA LA CALIDAD	Medición de la satisfacción del usuario externo	Aplicación de la Encuesta SERVQUAL	Informe	1										1			S/ 15000	Oficina de Gestión de la Calidad

La aplicación de las encuestas se realiza a través de terceros y requiere un presupuesto aproximado de 15,000 soles

