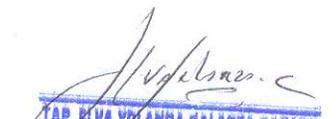




PLAN DE MEJORA CONTINUA Y GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN DE LA CALIDAD DEL HOSPITAL NACIONALHIPÓLITO UNANUE 2017

OGC

Oficina de
Gestión de la
Calidad


TAP. ELVA YOLANDA GALARZA CASTRO
FEDATARIA
HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE
Válido para uso Institucional

29 ABR. 2017

049

El presente documento es
COPIA FIEL DEL ORIGINAL
que he tenido a la vista

EQUIPO DE GESTIÓN DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE

MC. LUIS MIRANDA MOLINA
Director General

MC. JUAN GUALBERTO RODRÍGUEZ PRKUT
Director Adjunto

LIC. ELIZABETH YOVANNY SOTO MONTEJOS
Directora Ejecutiva de la Oficina de Planeamiento Estratégico

CPC. JESSICA INA CORREA ROJAS
Directora Ejecutiva de la Oficina de Administración

EQUIPO TÉCNICO DE LA OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

M.C. WALTER ESPINOZA CUESTAS
Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad

M.C. EISSENIA PALOMINO GONZÁLEZ
M.C. CATHERINE DIOLY GUZMÁN QUIÑONES
Unidad de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud

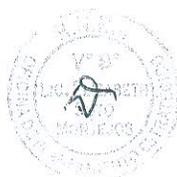
Bach. Daniel Sabino QUEVEDO TINCOPA
Unidad Garantía de la Calidad-Acreditación

M.C. Silvia VARGAS CHUGO
Unidad de Seguridad del Paciente

Bach. Elías VILCACHAGUA ROQUE
Téc. Enf. Cynthia M. CONDORI CHIPANA
Unidad de Información para la Calidad

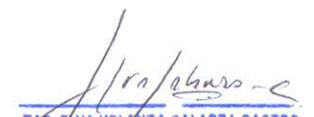
Sra. Karina HUAMÁN MURILLO
Secretaria

SECRETARÍA DE LA OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD
HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE



ÍNDICE

I.	Introducción	4
II.	Finalidad	4
III.	Objetivo.....	4
IV.	Base legal	5
V.	Ámbito de aplicación	5
VI.	Contenido	5
	Aspectos técnicos operacionales	5
	Actividades.....	6
VII.	Responsabilidades.....	8
VIII.	Presupuesto.....	9
IX.	Anexo	
	Cronograma de actividades.....	10


TAP. ELVA YOLANDA GALARZA CASTRO
FEDATARIA
HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE
 Válido para uso Institucional

20 ABR. 2017

049

El presente documento es
COPIA FIEL DEL ORIGINAL
 que he tenido a la vista





PLAN DE MEJORA CONTINUA Y GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN DE LA CALIDAD DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE

I. INTRODUCCIÓN

Las necesidades de una organización son infinitas y el tiempo para solucionarlas agobian a los equipos de gestión; los presupuestos institucionales parecen cortar las alas a los sueños e ideas mientras que las brechas entre la organización real hacia la ideal se hacen cada vez más grandes. El aforismo de las necesidades son muchas pero los recursos pocos (y los contextos son velozmente cambiantes) terminan siendo un gran desafío para las gestiones hoy.

Diferenciar entre lo urgente y lo importante es uno de los problemas constantes que ocurren a los equipos de gestión. No todo lo que se discute en una mesa de gestión es importante; según Stephen Covey (2003) más del 70% de los asuntos de gestión se encuentra en lo "urgente", lo "inmediato". Una organización que se sostiene del corto plazo está en peligro: desarrolla un decrecimiento de su energía, de su motivación, y cualquier camino le parece bueno. Incluso cae en la incoherencia dado que frente a la gestión basada en lo urgente, en la organización se despliegan fervorosamente procesos de planificación. Para un escenario de limitaciones de recursos, en algunos casos con subabastecimiento de insumos y materiales como en el caso de nuestra institución, la preponderancia de lo urgente es la primera barrera.

Sabemos que para cualquier entidad lo importante es el usuario final (cliente); sin embargo, en organizaciones mayormente burocráticas sus acciones están desenfocadas de su razón de ser. Por ejemplo, cuando se trata de satisfacción del usuario, se piensa que se necesita grandes cantidades de inversión en recursos humanos, infraestructuras, insumos o materiales para poder mejorar el servicio. Lo cierto es que desde el enfoque en el usuario y sin desestimar las necesidades de la organización, las prioridades son otras como el buen trato, la información, la orientación, etc.

La mejora continua planificada y sustentada en las prioridades reales se encuentra en el lugar de lo importante, y es una estrategia que hace frente a escenarios de limitaciones propias de la organización, las cuales pueden ser resultado de factores externos e internos a ella. El sentido de la de mejora continua no necesariamente se basa en la negatividad como puede ser reparar un proceso ineficiente; la mejora continua también se basa en lo que está bien para superarlo, y por esa razón es necesario abrir oportunidades en la organización para aquellos equipos de mejora que buscan mejorar sus procesos.

No obstante, implementar un programa de mejora continua no significa solo decisión de los equipos de gestión sino también conocer el manejo de herramientas y contar con información que evidencie las mejoras. Esto nos lleva a pensar que un plan de mejora continua para el Hospital Nacional Hipólito Unanue no debe enfocarse solo a mejorar por mejorar. Entre sus propuestas básicas debe estar en primer lugar,





PERU

Ministerio
de Salud

Hospital Nacional
Hipólito Unanue

“Año del buen servicio al ciudadano”

direccionar a la organización hacia el conocimiento de los requisitos de sus usuarios, de su entorno organizacional; a la reflexión sobre sus procesos y a establecer los desafíos más importantes que impacten en el bienestar del paciente y de los trabajadores.

Además de esto, un plan de mejora deberá contribuir a generar involucramiento desde la Dirección General hacia todas las unidades productoras operativas, fortaleciendo la cultura de la calidad y en generar el concepto de trabajo en equipo para el logro de los objetivos. Finalmente, un documento de gestión de la mejora continua, como es la presente, deberá contribuir a la implementación de la gestión por evidencias, haciendo que la mejora sea palpable y objetiva, y no supuestos o intuiciones que no llevan más que a creer que nada se hace o que se hace mal.

II. FINALIDAD

Fortalecer la cultura de mejora continua hospitalaria y la gestión basada en evidencias en los procesos críticos de consulta externa, hospitalización y emergencia del Hospital Nacional Hipólito Unanue

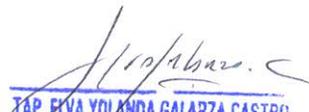
III. OBJETIVO

Objetivo General:

Establecer acciones de impacto en mejora continua e información para la calidad para la gestión de calidad de los procesos de (consulta externa, emergencia y hospitalización) del Hospital Nacional Hipólito Unanue a fin elevar el desempeño organizacional hacia el logro de la satisfacción del paciente y a la implementación de gestión por procesos.

Objetivos Específicos:

- **Objetivo Específico 01:** Fortalecer el sistema de información de la calidad
- **Objetivo Específico 02:** Generar procesos de mejora continua en los procesos de consulta externa, hospitalización y emergencia
- **Objetivo Específico 03:** Establecer una plataforma de comunicación de la calidad
- **Objetivo Específico 04:** Fortalecer los conocimientos y capacidades de los equipos de mejora
- **Objetivo Específico 05:** Promover la articulación institucional interna y externa para la calidad


TAP. ELVA YOLANDA GALARZA CASTRO
FEDATARIA
HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE
Válido para uso Institucional

29 ABR. 2017

049

El presente documento es
COPIA FIEL DEL ORIGINAL
que he tenido a la vista



5



IV. BASE LEGAL

1. Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
2. Resolución Ministerial N° 007-207/SA que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud
3. Resolución Ministerial N° 519-2006-SA/DM, que aprueba el Documento Técnico del "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud"
4. Resolución Ministerial N° 676-2006/MINSA que aprueba el Plan de seguridad del Paciente 2006-2008.
5. Resolución Ministerial N° 142-2007-MINSA que aprueba los Estándares e indicadores de calidad en la atención materna y perinatal en los establecimientos que cumplen con funciones obstétricas neonatales.
6. Resolución Ministerial N° 603-2007-MINSA que aprueba la Directiva Administrativa N° 118-MINSA/DST V.02 "Directiva Administrativa que regula el procedimiento para la atención de consultas, sugerencias, quejas, solicitudes de interposición de buenos oficios y consejería en la Defensoría de la salud y transparencia del Ministerio de Salud"
7. Resolución Ministerial N° 727-2009-MINSA que aprueba el Documento Técnico de la Política Nacional de la Calidad
8. Resolución Ministerial N° 527-2011/MINSA que aprueba la "Guía Técnica para la Evaluación de la Satisfacción del Usuario Externo en los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo"
9. Resolución Ministerial N° 474 – 2005/MINSA que aprueba la Norma Técnica N° 029-MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica de Auditoria de la Calidad de Atención en Salud."
10. Resolución Ministerial N° 095-2012/MINSA que aprueba la "Guía Técnica de elaboración de proyectos de mejora y la aplicación de técnicas y herramientas de la calidad."

V. ÁMBITO DE APLICACIÓN

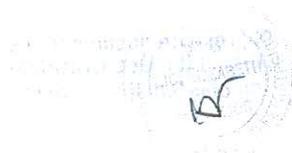
El presente plan para la gestión de la información de la calidad es de aplicación en la Oficina de Gestión de la Calidad así como en todos los servicios asistenciales y oficinas administrativas del Hospital Nacional Hipólito Unanue.

VI. CONTENIDO

6.1 ASPECTOS TÉCNICOS CONCEPTUALES

SERVQUAL: Define la calidad de servicio como la brecha o diferencia (P menos E) entre las percepciones (P) y expectativas (E) de los usuarios externos.

La herramienta SERVQUAL (QualityService) se utiliza para determinar el nivel de satisfacción con la calidad del servicio que se brinda al usuario. Es una herramienta desarrollada por A. Parasuraman y colaboradores. Quienes sugieren





que la comparación entre las expectativas generales de los usuarios (clientes, usuarios, pacientes, beneficiarios) y sus percepciones respecto al servicio que presta una organización puede constituir una medida de la calidad del servicio.

GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN: Macroproceso estratégico que tiene como función suplir las necesidades de información necesarias para el diseño de políticas, estrategias, actividades de una organización. Por ser un macroproceso es que en la gestión de la información participan muchas unidades productoras de servicios en forma de generadores y/o consumidores de información, donde el líder de proceso es la Oficina de Estadística e Informática. El macroproceso de gestión de la información tiene las fases de captura, análisis, transmisión, difusión, almacenamiento, conservación y depuración de información.

USUARIO EXTERNO: persona que acude a un establecimiento de salud para recibir una atención de salud de manera continua y con calidad, en el contexto de familia y comunidad.

ACCIÓN DE MEJORA: Conjunto de acciones preventivas, correctivas y de innovación en los procesos de la organización que agregan valor a los productos.

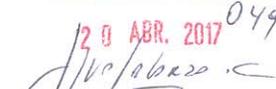
ACCIONES PREVENTIVAS. Se realizan para prevenir deficiencias en la ejecución de procesos futuros.

ACCIONES CORRECTIVAS. Actividades que se realizan después de haber encontrado deficiencias en los procesos de la organización encaminadas a mejorarlos.

ACCIONES DE INNOVACIÓN. Son acciones nuevas para agilizar o eliminar actividades en un proceso sin alterar el resultado esperado

6.2 ACTIVIDADES

- **OBJ. ESP. 01:** Fortalecer el sistema de información de la calidad
 - ACT 1.1:** Centralizar y automatizar los indicadores de calidad institucionales y los indicadores de desempeño
 - ACT1.2:** Establecer el flujo de gestión de información de los indicadores de calidad y de desempeño
 - ACT 1.3:** Realizar mediciones de indicadores de calidad: Satisfacción del paciente y tiempos de espera
- **OBJ. ESP. 02:** Generar procesos de mejora continua en Consulta Externa, Hospitalización y Emergencia
 - ACT 2.1:** Establecer una línea base de mejora continua
 - ACT 2.2:** Designar y capacitar a los equipos de mejora en acciones y proyectos de mejora


 Válido para uso Institucional
 29 ABR. 2017 049

 El presente documento es COPIA FIEL DEL ORIGINAL que he tenido a la vista





ACT 2.3: Establecer procesos de mejora institucionales (Proceso de comunicación interna y externa; proceso de información, proceso de gestión de recursos humanos, proceso de direccionamiento) con el uso de herramientas estadísticas de calidad

ACT 2.4: Implementar procesos de mejora específicos (con los equipos de mejora del Departamento de Emergencia, Departamento de Medicina Interna, Departamento de Ginecología Obstetricia, Departamento de Salud Mental, Departamento de Farmacia, Departamento de Nutrición y Dietética) con el uso de herramientas estadísticas de calidad

ACT 2.5: Facilitar procesos de mejora ad hoc expedidos por el Ministerio de Salud y la Superintendencia Nacional de Salud

ACT 2.6: Establecer la guía de seguimiento de proyectos de mejora con el modelo Malcom Baldrige

ACT 2.7: Generar un sistema digital de información para la calidad y mejora continua con énfasis en las tendencias de investigaciones de procesos administrativos y de atención de salud

- **OE 03:** Promover la cultura de mejora continua
 - ACT 3.1:** Realizar un diagnóstico de la cultura de la calidad y mejora continua institucional en la percepción de la Dirección General y mandos medios
 - ACT 3.2:** Realizar incidencia en la Dirección General para su participación en la mejora continua
 - ACT 3.3:** Implementar acciones de promoción de la cultura de mejora continua
 - ACT 3.4:** Actualizar el periódico mural de la Oficina de calidad, con énfasis en la mejora continua y la información para la calidad
- **OE04:** Promover la articulación institucional interna y externa para la calidad
 - ACT 4.1:** Implementar un proyecto de mejora colaborativo



VII. RESPONSABILIDADES

DIRECCIÓN GENERAL

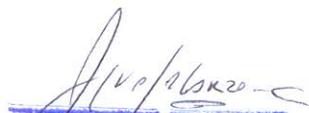
Decide y dirige a través de la Oficina de Gestión de la Calidad, los procesos de mejora más importantes para la organización de acuerdo a los indicadores de gestión institucional, enfatizando en el fortalecimiento de la cultura de la calidad institucional.

JEFATURAS DE DEPARTAMENTOS, SERVICIOS ASISTENCIALES Y SERVICIOS DE APOYO AL DIAGNÓSTICO

Proponen e implementan acciones de mejora con el apoyo de la Dirección General para prevenir, corregir o innovar en las metas de gestión de cada departamento, de acuerdo a los estándares institucionales.

OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

Supervisa y facilita los procesos de mejora continua articulando a los órganos de gestión, y velando por la utilización de las herramientas de mejora continua. Asesora finalmente a la Dirección General en el análisis de la información de la calidad.


TAP. ELVA YOLANDA GALARZA CASTRO
FISCALIA
HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE
Válido para uso Institucional

29 ABR. 2017

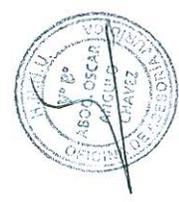
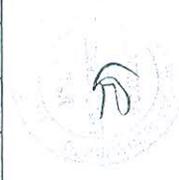
049
El presente documento es
COPIA FIEL DEL ORIGINAL
que he tenido a la vista





"Año del buen servicio al ciudadano"

Medicina Interna, Departamento de Ginecología Obstetricia, Departamento de Salud Mental, Departamento de Farmacia, Departamento de Nutrición y Dietética) con el uso de herramientas estadísticas de calidad	Proyectos de mejora											<ul style="list-style-type: none"> Departamento de Emergencia Departamento de Gineco- obstetricia Departamento de Salud Mental
ACT 2.5: Facilitar procesos de mejora ad hoc expedidos por el Ministerio de Salud y la Superintendencia Nacional de Salud	Informe	1			1							<ul style="list-style-type: none"> Oficina de Gestión de la Calidad Dirección Adjunta
ACT 2.6: Establecer la guía de seguimiento de proyectos de mejora con el modelo Malcolm Baldrige	Informe	5										<ul style="list-style-type: none"> Oficina de Gestión de la Calidad
ACT 2.7: Generar un sistema digital de información para la calidad y mejora continua con énfasis en las tendencias de investigaciones de procesos administrativos y de atención de salud	Aplicativo	1										<ul style="list-style-type: none"> Oficina de Gestión de la Calidad
OBJETIVO ESPECÍFICO 3: Promover la cultura de mejora continua												
ACT 3.1: Realizar un diagnóstico de la cultura de la calidad y mejora continua institucional en la percepción de la Dirección General y Mandos medios	Informe	1									1	<ul style="list-style-type: none"> Oficina de Gestión de la Calidad
ACT 3.2: Realizar incidencia en la Dirección General para su participación en la mejora continua	Presentación	1									1	<ul style="list-style-type: none"> Oficina de Gestión de la Calidad
ACT 3.3: Implementar acciones de promoción de la cultura de mejora continua	Informe	1				1					1	<ul style="list-style-type: none"> Oficina de Gestión de la Calidad Dirección Administrativa
ACT 3.4: Actualizar el periódico mural de Calidad y Mejora continua	Publicaciones	1				1					1	<ul style="list-style-type: none"> Oficina de Gestión de la Calidad



OBJETIVO ESPECÍFICO 4: Promover la articulación institucional interna y externa para la calidad

<p>ACT 4.1: Implementar un proyecto de mejora colaborativo con instituciones de salud con programas de calidad</p>	<p>Proyecto</p>	<p>1</p>												<ul style="list-style-type: none"> • Oficina de Gestión de la Calidad • Hospital Invitado
--	-----------------	----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---

Yolanda Galarza Castro
TAP. EVA YOLANDA GALARZA CASTRO
FEZATARIA
HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE
 Válido para uso Institucional

20 ABR. 2017
 049

El presente documento es
 COPIA FIEL DEL ORIGINAL
 que he tenido a la vista

