



PERÚ

Ministerio
de Salud

DISA IV
Lima Este

Hospital San Juan
de Lurigancho



PLAN DE GESTION DE LA CALIDAD 2011 DEL HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO

*Dr. Franklin Arturo SOLIS ARIAS
Director del Hospital SJL.*

Comité de Gestión de Calidad



PLAN DE GESTION DE CALIDAD HSJL-2011

INDICE

	Pág.
II. Introducción	3
III. Ámbito de Aplicación	4
IV. Objetivo General	8
V. Objetivos específicos	8
VI. objetivos específicos y actividades	8
VIII. Monitoreo y evaluación	10
VII. Cronograma de actividades y metas	11



INTRODUCCIÓN

La Política Nacional de Calidad en Salud señala, entre otras, que los proveedores de atención de salud asumen la responsabilidad del cumplimiento de normas y estándares de infraestructura, equipamiento, aprovisionamiento de insumos, procesos y resultados de atención; la implementación de mecanismos para la gestión de riesgos derivados de la atención de salud, la protección de los derechos de los usuarios, se vele por un trato digno, con el enfoque de interculturalidad, de género y se facilite el ejercicio de la vigilancia ciudadana en salud; asimismo, se implementen sistemas y procesos organizacionales orientados al desarrollo de una cultura centrada en las personas y hacer de la mejora continua su tarea central.

En el marco del “Sistema de Gestión de Calidad en Salud” vigente en nuestro país, siendo muy importante orientar nuestro esfuerzo a satisfacer las expectativas del usuario, sabiéndose además con evidencias técnico científicas de las repercusiones económicas y en la salud de los pacientes son plenamente favorables, nuestro Hospital ha implementado un conjunto de actividades referidas al mismo, lo cual ha permitido sentar las bases para un trabajo con calidad en armonía con el imperativo social de brindar servicios de salud segura, eficaz y con eficiencia.

Sin embargo el tema de la calidad aún no ha tenido una respuesta importante en el personal de nuestro Hospital, el compromiso e interés por tratar bien al usuario aún es insuficiente; así mismo aparentemente existe poca sensibilidad al tema de la calidad en algunos jefes generándose así, ciertas debilidades en el cumplimiento de la normatividad, en el desarrollo adecuado de los procesos y no hemos logrado instalar aún una cultura de la Calidad.

A partir de lo señalado se evidencia como estrategia el fortalecimiento de las capacidades técnicas de los comités relacionados a la calidad de la atención en salud, así como la capacidad operativa de la Unidad de Gestión de Calidad, ambos pilares contribuirán avanzar en las acciones presentadas en el Plan y a lograr los objetivos propuestos.

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 y un clima organizacional adecuado.

El presente Plan de Gestión de la Calidad, es un instrumento ordenador y orientador del accionar en el tema para directivos, líderes, trabajadores y a quienes estamos comprometidos con el desarrollo de la calidad en nuestro hospital, en su contenido presenta objetivos, actividades y metas distribuidos en el año y los responsables operativos. Dichas actividades responden a los objetivos específicos, los mismos son complementados con los indicadores de monitoreo y evaluación en la parte final del documento.



III. AMBITO DE APLICACION

El presente Plan es de aplicación en todas las unidades orgánicas y funcionales del Hospital San Juan de Lurigancho y comprende a todos los servicios de salud ofrecidos a los usuarios, los procesos de dirección y de apoyo; los servicios que se ofertan a la comunidad son:

CARTERA DE SERVICIOS DEL HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO

A. **Medicina:**

- Medicina General
- Especialidades Medicas :
 - Medicina Interna
 - Gastroenterología: Endoscopias
 - Neumología
 - Psiquiatría
 - Endocrinología
 - Neurología
 - Cardiología
 - Reumatología
 - ◆ Densitometría Ósea Total
 - ◆ Artrocentrosis
 - ◆ Punción Y Articulación De Ganglios.
 - ◆ Infiltración
 - ◆ Tendinea Y Bursa.
 - ◆ Articulación.
 - Medicina Física Y Rehabilitación
 - ◆ Terapia Ocupacional
 - ◆ Terapia Física
 - ◆ Terapia De Lenguaje Y Aprendizaje
 - ◆ Programa De Psicomotricidad
 - ◆ Programa De Intervención Temprana
 - ◆ Programa Del Adulto Mayor
 - ◆ Programa De Estimulación Temprana



- Otras Terapias:
 - ◆ Fisioestética
 - ◆ Fisioterapia
 - ◆ Relajación
 - ◆ Podología.
 - ◆ Alternativa Y Complementaria
 - Acupuntura china y alemana
 - Reflexología
 - Terapia De Flores

Ø. Cirugía General

- Traumatología
- Oftalmología
- Urología
- Otorrinolaringología
- Oncología Quirúrgica

C. Pediatría

- Medicina Pediátrica
- Neonatología
- Control De Niño Sano

Ø. Gineco - Obstetricia

- Ginecología
- Obstetricia
- Planificación Familiar
- Consejería Pre Y Post Natal
- Transmisión Vertical



E. Salud Mental

- Psiquiatría
- Psicología
- Evaluación De Inteligencia
- Evaluación De Personalidad
- Informe Psicológico
- Informe Psicológico (Incluye Evaluación Inteligencia, Personalidad Organicidad)
- Madurez Del Aprendizaje
- Organicidad
- Orientación Vocacional
- Psicoterapia
- Terapia De Pareja
- Terapia Individual
- Atención Por Violencia Familiar

F. Estrategias Sanitarias Nacionales:

- TBC
- Its, VIH Y Sida
- Malaria Y Otras Transmitidas Por Vectores
- Enfermedades No Transmisibles
- Zoonosis

G. Inmunización

- BCG
- HVB
- Pentavalente
- Antipolio
- Rotavirus
- Neumococos
- Influenza
- SPR



- Antimalarica
- Pt
- Vacuna Antirrábica

H. Odontoestamología

I. Crecimiento Y Desarrollo Del Niño (Cred)

J. Exámenes De Apoyo Al Diagnostico

- Laboratorio Clínico
- Anatomía Patológica
- Radiología
- Ecografías
- Eco-Dooppler
- Densitometría Ósea
- Banco De Sangre

K. Saneamiento Ambiental

- Control Animal Mordedor En Hospital

L. Apoyo Al Tratamiento.

- Farmacia Las 24 Horas
- Nutrición

M. Servicio De Emergencia

Atención Las 24 Horas Del Día En Las Principales Especialidades

- Medicina
- Pediatría
- Cirugía
- Gíneco-Obstetricia
- Laboratorio De Emergencia
- Rayos De Emergencia
- Unidad De Cuidados Intensivos (UCI)
- Trauma –shock.

IV. OBJETIVO GENERAL

Mejorar la Calidad de atención en los Servicios del Hospital San Juan de Lurigancho, mediante la gestión y mejora de los procesos misionales, gerenciales y de apoyo con participación del Equipo de Gestión y personal del Hospital, que permita contribuir en la calidad de vida del ciudadano, su familia y la comunidad.

V. OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Implementar el sistema de Gestión de la Calidad en el HSJL.
2. Implementar el proceso de autoevaluación y mejoramiento de los estándares para la acreditación hospitalaria.
3. Implementar los Proyectos de Mejora Continua de la Calidad priorizados en base a los resultados de la medición, estudios o auditoria realizados en la Gestión de la Calidad.
4. Desarrollar la auditoría de la Calidad de atención en el HSJL.
5. Mejorar el nivel de satisfacción del usuario externo previa determinación de su nivel y contribuyendo a este con el cumplimiento del Plan de Intercomunicación con el usuario de nuestros servicios.
6. Promover la participación ciudadana usuario externo en la mejora de la calidad estableciendo una alianza con el paciente y su familia.
7. Contribuir al buen clima organizacional en el HSJL, mediante su estudio e Implementación de acciones.
8. Implementar el Plan de Seguridad del paciente y la gestión de Riesgos en el HSJL (incluye la cultura de seguridad en la atención y reducción de eventos adversos detectados según IBEAS, difundir las buenas prácticas de atención segura, fomento de la investigación y gestión de conocimiento en este campo).
9. Controlar los estándares e indicadores de las garantías explícitas de Calidad, incluidas en los planes específicos a partir de las recomendaciones del MINSA en su anexo N° 02.

VI. OBJETIVOS ESPECIFICOS Y ACTIVIDADES

6.1 IMPLEMENTAR EL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN EL HSJL.

- Elaboración e implementación del Plan de Calidad
- Involucrar al Comité de Gestión de Calidad para que contribuyan al cumplimiento de los objetivos establecidos en el presente Plan.
- Realizar las propuestas de conformación o reconfiguración de los comités afines a los aspectos de Gestión de la Calidad.
- Formulación de los Planes específicos referidos a la Gestión de Calidad.
- Elaboración y formulación del Plan de Capacitación del trato digno al usuario en el marco de la calidad y seguridad de la atención.

6.2 IMPLEMENTAR EL PROCESO DE AUTOEVALUACIÓN Y MEJORAMIENTO DE LOS ESTANDARES PARA LA ACREDITACIÓN HOSPITALARIA.

- Monitoreo de mejora de estándares para la acreditación.



- Difusión y fortalecimiento del conocimiento de los aspectos comprendidos en el proceso de Acreditación Hospitalaria.
- Auto evaluación para la Acreditación.

6.3 DESARROLLAR PROYECTOS DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD EN BASE A LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN BASE A LOS RESULTADOS DE LA MEDICIÓN, ESTUDIOS O AUDITORIA REALIZADOS EN LA GESTIÓN DE LA CALIDAD.

- Fortalecimiento de capacidades para la elaboración de proyectos de mejora de la calidad
- Promover la elaboración e implementación de Proyectos de Mejora Continua de la Calidad.
- Monitoreo, supervisión y evaluación de la implementación de los procesos de mejora en los Servicios hospitalarios.

6.4 DESARROLLAR LA AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN EL HSJL.

- Desarrollo de las Auditorías de la Calidad de atención en consulta externa, hospitalización y emergencia, a través de las historias clínicas.
- Desarrollo de las auditorías de caso.

6.5 MEJORAR EL NIVEL DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO EXTERNO PREVIA DETERMINACIÓN DE SU NIVEL Y CONTRIBUYENDO A ESTE CON EL CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE INTERCOMUNICACIÓN CON EL USUARIO DE NUESTROS SERVICIOS.

- Orientación, apoyo a las necesidades y reclamos de los usuarios externos.
- Encuesta de la satisfacción de usuarios externos.
- Gestión del buzón de sugerencia.

6.6 PROMOVER LA PARTICIPACIÓN CIUDADANA USUARIO EXTERNO EN LA MEJORA DE LA CALIDAD ESTABLECIENDO UNA ALIANZA CON EL PACIENTE Y SU FAMILIA.

- Contribuir en las actividades de vigilancia ciudadana en salud a través del comité impulsor del mismo.
- Promover la participación de voluntarios en actividades institucionales y con énfasis en los temas de calidad.

6.7 CONTRIBUIR AL BUEN CLIMA ORGANIZACIONAL EN EL HSJL, MEDIANTE SU ESTUDIO E IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES.

- Desarrollar la encuesta al personal para la medición del clima organizacional en el Hospital.
- Canalización de expectativas del usuario interno y recomendaciones sobre el clima organizacional.
- Implementación de actividades orientadas a preservar o mejorar el clima organizacional, incluyendo mecanismos de manejo de las interrelaciones personales.



6.8 IMPLEMENTAR EL PLAN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE Y LA GESTIÓN DE RIESGOS EN EL HSJL.

- Fortalecer acciones de una cultura de Seguridad en la atención del paciente.
- Promover la participación de los usuarios en seguridad de la atención.
- Difundir las buenas prácticas de atención, fomentar la investigación y gestión del conocimiento en seguridad del paciente.
- Implementar acciones de seguridad para reducir la frecuencia de eventos adversos según IBEAS/PERU (incluyen las rondas de seguridad).

6.9 CONTROLAR LOS ESTÁNDARES E INDICADORES DE LAS GARANTÍAS EXPLÍCITAS DE CALIDAD, INCLUIDAS EN LOS PLANES ESPECÍFICOS A PARTIR DE LAS RECOMENDACIONES DEL MINSA EN SU DENOMINADO ANEXO N° 2 (Circular N° 326-2011-DGSP/MINSA).

- Monitoreo y supervisión de las actividades e indicadores establecidas en el Plan.
- Evaluación de los indicadores de las garantías explícitas de calidad incluida en los planes específicos.

VII. MONITOREO Y EVALUACIÓN

Para el monitoreo y evaluación del Plan de Gestión de la calidad, que comprende el objetivo específico número 6.9, se realizará en base al cuadro de actividades y metas de Gestión de calidad HSJL-2011, haciéndose énfasis en los siguientes:

- Porcentaje de cumplimiento del Plan de Gestión de la Calidad.
- Nivel de satisfacción del Usuario Externo – Resultado SERVQUAL.
- Porcentaje de cumplimiento de actividades del Clima Organizacional.
- Porcentaje de Cumplimiento de las auditorias de Historia Clínica y de Caso.
- Porcentaje de Cumplimiento de actividades del Plan de Seguridad del Paciente.
- Porcentaje de Proyectos de Mejora Continua desarrollados.
- Número de servicios que han superado el 85% de criterios óptimos en el proceso de Autoevaluación.

Además existen los 10 indicadores de Calidad establecidos por la DISA IV LE que tienen que reportarse periódicamente y están colocados en el cuadro final de cronograma de actividades y metas del Plan de Gestión de la Calidad HSJL-2011.



VIII. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES Y METAS DEL PLAN DE GESTION DE CALIDAD HSJL 2011

OBJETIVO ESPECIFICO	ACTIVIDAD	PLAZO DE CUMPLIMIENTO		UNIDAD DE MEDIDA	META ANUAL	METAS MENSUALES												RESPONSABLES
		PERIODO	REPORTE A DISA LE *			ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	
Gestión de la Calidad	1 Organizar el personal, tareas, Comités, documentos	ANUAL	7 del siguiente mes	R.D.	6		1	3	1	1							Asesoría Legal Sub Dirección	
	2 Cumplimiento de actividades del Comité de G. de la Calidad	BIMENSUAL	7 del siguiente mes	acta	6		1		1		1		1		1		Comité de G. de Calidad	
	3 Formular el Plan de Capacitación de trato digno al usuario.	ANUAL	7 del siguiente mes	Plan	1			1									Comité de G. de Calidad	
	4 Desarrollar el Plan de capacitación de trato digno al usuario	TRIMESTRAL	7 del siguiente mes	Informe	3					1			1			1	Comité G. de Calidad	
	5 Formulación de planes específicos referidos a calidad	ANUAL	7 del siguiente mes 15 abril-DISA IV LE*	Plan	6		2	2	1	1							Jefe de U. G. calidad	
Acreditación	6 Monitoreo de mejora de estándares acreditación	TRIMESTRAL	7 del siguiente mes	Reporte	4			1		1			1			1	Jefe de Calidad - Asistente de calidad	
	7 Autoevaluación para la Acreditación.	ANUAL	7 del siguiente mes	Informe	1						1						Comité Autoeval.	
Mejora Continua C.	8 Implementación de Proyectos de Mejora C. de la Calidad (SEEUS-SERVQUAL-AUTOEVAL.) y Ev.	TRIMESTRAL	7 del siguiente mes	reportes	4			1		1			1			1	Jefe De Calidad y asistente de calidad	
Auditoria	9 Auditoría de Calidad de Atención de Hist. Clínicas.	MENSUAL	7 del siguiente mes 15 a DISA IVLE*	Reporte	360	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	Comité de Auditoría asistente de calidad	
	10 Auditoría de Caso Clínico.	MENSUAL	7 del siguiente mes 15 a DISA IVLE*	Informe	12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	Comité de Auditoría asistente de calidad	
	11 Auditoría SIS (control de calidad del registro, otros)	MENSUAL	7 del siguiente mes	Reporte	12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	Comité de Auditoría asistente de calidad	
Intercomunicación con usuario externo (satisf. Usuario)	12 Orientación, apoyo sobre necesidades y reclamos de usuarios externos.	TRIMESTRAL	7 del siguiente mes	Informe	4			1		1			1			1	Equipo de Orient. y apoyo al usuario	
	13 Encuesta satisfacción de usuarios ext.(SERQUAL)	ANUAL	7 del siguiente mes 15 de marzo DISA IV *	Informe	1 (300e)		1 (300)										Equipo de Orient. y apoyo al usuario	
	14 Gestión del buzón de Sugerencias.	TRIMESTRAL	7 del siguiente mes	Informe	4			1		1			1			1	Equipo de Orient. y apoyo al usuario	
Participación ciudadana	15 Mecanismos de participación ciudadana para la Calidad	SEMESTRAL	8 del siguiente mes	Informe	2					1						1	Comité Impulsor de Vigilancia en Salud	
	16 Promover la participación de usuarios e involucrar al paciente y familia en la seguridad de su atención	TRIMESTRAL	9 del siguiente mes	reporte	3				1		1			1			Comité de Seguridad Paciente	
Clima organizacional.	17 Encuesta al personal para clima organizacional y satisfacción usuario interno	ANUAL	7 del siguiente mes 15 de abril a DISA IV LE*	Informe	1			1									Comité de clima Organizacional	
	18 Canalización de expectativas del usuario interno y recomendaciones sobre clima org.	TRIMESTRAL	7 del siguiente mes	Acta	3			1		1			1				Comité de clima Organizacional	
	19 Implementación de actividades para mejorar el Clima Organizacional (manejo de relaciones interpersonal)	BIMENSUAL	7 del siguiente mes	Reporte	5				1	1		1		1		1	Comité de clima Organizacional	
Seguridad del paciente	20 Fortalecer acciones de una cultura de seguridad y gestión del riesgo	TRIMESTRAL	7 del siguiente mes	Reporte	3				1		1				1		Comité de Seg. Paciente	
	21 Implementar un sistema de notificación procesamiento, análisis y gestión de información sobre eventos adversos	TRIMESTRAL	7 del siguiente mes	Reporte	4			1		1			1			1	Comité de Seguridad Paciente	
	22 Difundir y monitorear las Buenas Prácticas de Atención, fomentar invest. y gestión del conocimiento en Seg. Pete.	TRIMESTRAL	7 del siguiente mes	Reporte	5			1		1		1		1		1	Comité de Seguridad Paciente	
	23 Implementación de acciones para la reducción Eventos adversos (Estudio IBEAS), que incluye rondas de seguridad	BIMENSUAL	7 del siguiente mes	Reporte	5			1		1		1		1		1	Comité de Seguridad Paciente	
Control de indicadores	24 Reporte, monitoreo, y evaluación de INDICADORES DE CALIDAD- incluye los de Materno Perinatal: FON E.	MENSUAL	7 del siguiente mes *	Informe	12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	Jefe de Calidad y Coord. G-Obst.		