



N° 0409-2021-DIRESA-L-H-CH-DE

## Resolución Directoral

CHANCAY, 31 DE DICIEMBRE DEL 2021



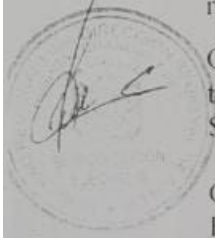
**EXISTO:**

El Plan de trabajo de las Unidades Orgánicas de la U.E. N° 405 Hospital Chancay "Dr. Hidalgo Atoche López"

**CONSIDERANDO:**

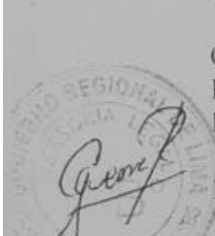


Que, el Centro Nacional de Planeamiento Estratégico (CEPLAN) emitió la "Guía para el Planeamiento Institucional", aprobada con Resolución de Presidencia de Consejo Directivo N° 033-2017-CEPLAN/PCD, cuyo contenido y sus modificatorias son aplicables para las entidades que integran el Sistema Nacional de Planeamiento Estratégico, la cual tiene como objeto establecer pautas para el planeamiento institucional que comprende la política y los planes que permiten la elaboración o modificación del Plan Estratégico Institucional (PEI) y el Plan Operativo Institucional (POI);



Que, el plan de Trabajo son una herramientas para organizar y simplificar las actividades, en base a tareas asociadas, las cuales serán incluidas en el Plan Operativo Institucional del Hospital Chancay y SBS "Dr. Hidalgo Atoche López", para el cumplimiento de los objetivos institucionales;

Que, en virtud de lo establecido las Unidades Orgánicas han elaborado su Plan de Trabajo para el Ejercicio Fiscal 2021;



Con las Visaciones de la Sub-Dirección Ejecutiva, Oficina de Administración, la Oficina de Planeamiento Estratégico, la Unidad de Estadística e Informática y Asesoría Jurídica de la Unidad Ejecutora N° 405 Hospital de Chancay y Servicios Básicos de Salud "Dr. Hidalgo Atoche López" y;

En uso se las facultades conferidas por la Resolución Directoral N° 621-2021 GRL-GRDS-DIRESA LIMA-DG de fecha 04 de noviembre del 2021 y de conformidad con lo dispuesto en los artículos 7° y 8° del Reglamento de organización y Funciones (ROF) del Hospital Chancay y SBS "Dr. Hidalgo Atoche López";

**SE RESUELVE:**

**ARTÍCULO PRIMERO:** Aprobar el Plan de Trabajo del año fiscal 2022 de las siguientes Oficinas, unidades y departamentos y servicios de la Unidad Ejecutora del Hospital Chancay y SBS, el mismo que toma parte integrante de la presente resolución.

- Órgano de Control Institucional
- Oficina de Planeamiento Estratégico
- Unidad de Epidemiología y Salud Ambiental
- Unidad de Gestión de la Calidad
- Oficina de Administración
  - Unidad de Personal
  - Unidad de Economía
  - Unidad de Logística
  - Unidad de Servicios Generales y Mantenimiento

Van.../



N° 0409-2021-DIRESA-L-H-CH-DE

Viene.../



- Unidad de Estadística e Informática
- Unidad de apoyo a la Docencia e Investigación
- Unidad de Seguros
- Área de Comunicaciones
- Área de Atención Integral
- Departamento de Medicina
- Departamento de Cirugía
- Departamento de Pediatría
- Departamento de Gineco-Obstetricia
- Departamento de Odontología
- Departamento de Enfermería
- Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos
- Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico
- Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica
- Departamento de Diagnóstico por Imágenes
- Departamento de Apoyo al Tratamiento
  - Servicio Social
  - Servicio de Farmacia
  - Servicio de Nutrición y Dietética
  - Servicio de Psicología



**ARTICULO SEGUNDO: Encargar** a la Oficina de Planeamiento Estratégico, Unidad de Calidad y la Unidad de Estadística e Informática de realizar el seguimiento, monitoreo, supervisión y evaluación de las actividades contenidas en el documento citado en el artículo primero.

**ARTICULO TERCERO: Remitir** copia de la presente resolución a todas las Unidades Orgánicas del Hospital de Chancay y SBS para su conocimiento y fines pertinentes.

REGISTRESE Y COMUNIQUESE

DIRECTOR EJECUTIVO DEL HOSPITAL DE CHANCAY  
CAMP. 41101 - RNE. 21714

TRANSCRITA A:  
DIRESA Lima ( )  
Dirección Ejecutiva ( )  
Dirección Administrativa ( )  
Unidades Orgánicas ( )  
Archivo ( )



# PLAN DE TRABAJO UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

2022

**Hospital de Chancay y SBS "Dr. HIDALGO ATOCHE LÓPEZ"**



GOBIERNO REGIONAL DE LIMA  
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD  
HOSPITAL DE CHANCAY Y SBS "Dr. Hidalgo Atoche López"

Mg. Luz Carmen Ramírez Ruiz  
CEP 20218 - RNE 6067  
Jefa de la Unidad de Gestión de la Calidad

## PRESENTACIÓN

La Unidad de Gestión de la Calidad, es la responsable de proponer estrategias que contribuyan a la mejora de los procesos; dirigir, supervisar y evaluar los indicadores de calidad para dar plena seguridad y satisfacción en la atención de salud del paciente.

Nuestras principales políticas, principios, objetivos, componentes y niveles de gestión de la Calidad en salud, que han de servir de marco para el desarrollo de acciones de mejora de la calidad de atención en salud en nuestro establecimiento, buscan la satisfacción de los usuarios, en los diferentes servicios de nuestro hospital incrementando la eficiencia y eficacia de los procesos en el corto plazo y sobre todo buscando la sostenibilidad a largo plazo.

Las acciones antes descritas están organizadas en las siguientes líneas de trabajo: Seguridad del paciente, Auditoría de la calidad de atención, Mejora continua de la salud, acreditación y Autoevaluación, satisfacción del usuario y las acciones propias como sistema de gestión de la calidad.

En los últimos años, a través de la firma de los convenios de gestión, esta unidad se encarga del monitoreo y sustento de los indicadores de desempeño los cuales están siendo considerados en el presente plan de trabajo y que representa un incremento de las funciones y tareas asignadas.

Cabe resaltar que las acciones de Gestión de la Calidad no están expuestas en su totalidad en el POI, lo que asumimos no se traduce en asignación presupuestal, llegando a mermar la implementación y sobre todo sostenibilidad de las acciones de mejora que se proponen. Sin embargo, la gestión basada en los indicadores de desempeño están representando una nueva mirada en el desarrollo de los servicios de salud.

Es intención de este Plan de Trabajo mostrar el mayor número de acciones que se realiza en esta Unidad con el fin de garantizar, en primer lugar, la calidad y la seguridad del paciente y su familia, y en segundo lugar, promover una cultura de calidad donde se renueven en forma constante los procesos, en la búsqueda de la eficacia y eficiencia, que se nos corresponde como un sistema estatal por excelencia en beneficio de nuestra población.

Para finalizar, es necesario recalcar que estas acciones aún se encuentran sujetas a una inestable coyuntura originada por la pandemia de la COVID-19. En Perú, sigue vigente la declaratoria de emergencia ante una tercera ola, situación que ha generado una demanda, que ha generado una transformación en el sistema hospitalario y una adecuación en la prestación de servicios de salud.



## I. BASE LEGAL:

- Ley N° 26842 – Ley general de Salud.
- Ley N° 27657 - Ley del Ministerio de Salud
- Ley N° 27806, Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública.
- Ley N° 27813, Ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado en Salud.
- Ley N° 27815, Ley del Código de Ética de la Función Pública.
- Ley N° 27867, Ley Orgánica de los Gobiernos Regionales.
- Ley N° 27972, Ley Orgánica de Municipalidades.
- Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.
- Decreto Supremo N° 043-2003-PCM, que aprueba el Texto Único Ordenado de la Ley N° 27806, Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública.
- Decreto Supremo N° 072-2003-PCM, que aprueba el Reglamento de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública.
- Decreto Supremo N° 033-2005-PCM, que aprueba el Reglamento de la Ley del Código de Ética de la Función Pública.
- Decreto Supremo N° 034-2015-SA, que aprueba el Reglamento de Supervisión de la Superintendencia Nacional de Salud aplicable a las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y Unidades de Gestión de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.
- Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: “Política Nacional de Calidad en Salud”.
- Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: “Sistema de Gestión de la Calidad en Salud”.
- Resolución Ministerial N° 143 -2006 / MINSA que conforme el Comité Técnico para la seguridad del Paciente.
- Resolución Ministerial N° 676 -2006 / MINSA que aprueba Plan Nacional para la Seguridad del paciente 2006-200.
- Resolución ministerial n° 308-2010/MINSA, aprueba la “Lista De Verificación De Cirugía Segura”.
- Resolución Ministerial n° 1021 – 2010/MINSA se aprueba la “guía Técnica de Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía”.
- Resolución Ministerial N° 850-2016/MINSA, que aprueba las “Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud”.



- Resolución Ministerial N° 597-2006/MINSA que aprueba la NT N° 022-MINSA/DGSP-V.02: “Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica”.
- Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, que aprueba la NTS N° 050-MINSA/DGSP-V.02: “Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo”.
- Resolución Ministerial N° 163-2020/MINSA que aprueba la “Directiva Sanitaria de Rondas de seguridad del Paciente para la gestión del riesgo en salud”.
- 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.
- Resolución Ministerial N° 11354-2017/MINSA que aprueba al Directiva Administrativa N° 245-06 PPM/MINSA “Lineamientos para la Implementación de la Gestión por Procesos y Procedimientos en el Ministerio de Salud”
- Resolución Secretarial de Gestión Pública N°006-2019 PCM/ SGP, que aprueba la Norma Técnica para la Gestión de la Calidad de Servicios en el Sector Público

## II. AMBITO DE APLICACIÓN

El presente plan debe ser aplicado por todos los departamentos y servicios del Hospital de Chancay y SBS “DR. HIDALGO ATOCHE LOPEZ” y será supervisado por las instancias superiores a nivel regional y nacional.

## III. GENERALIDADES

### 3.1. MARCO ESTRATÉGICO DEL HOSPITAL DE CHANCAY Y SBS

#### **Visión Institucional**

Institución especializada y acreditada con recurso humano competente y comprometido en brindar servicios de salud de calidad, desarrollando una eficiente gestión por resultados, promoviendo estilos de vida saludable a la población de la Región.

#### **Misión Institucional**

Brindar atención integral y especializada de salud a la población del Hospital Chancay y SBS de la Región Lima, con equidad, calidad y transparencia; priorizando grupos vulnerables, en concertación con los sectores público, privado y otros actores sociales.

### 3.2. FUNCIONES DE LA OFICINA

Según el Manual de Organización y Funciones, la unidad de Gestión de la Calidad es una Unidad Orgánica del Hospital de Chancay y SBS encargada de implementar el Sistema de Gestión de la Calidad en el Hospital para promover la mejora continua de la atención



asistencial y administrativa del paciente, con la participación activa del personal; depende de la Dirección Ejecutiva y tiene asignados las siguientes funciones:

- Proponer la inclusión de actividades e indicadores de calidad en los Planes Institucionales, en coordinación con la Oficina de Planeamiento Estratégico.
- Incorporar el enfoque de calidad en los Planes Estratégicos y Operativos institucionales así como en la capacitación y gestión de los Recursos Humanos en Salud.
- Implementar las estrategias, metodologías e instrumentos de la calidad y mejora continua en los servicios.
- Efectuar el monitoreo y evaluación de los Indicadores de Control de la Calidad en los diferentes servicios del Hospital e informar a la Dirección Regional de Salud.
- Asesorar en el desarrollo de la autoevaluación, el proceso de acreditación y auditoría clínica, según las normas que establezca el Ministerio de Salud.
- Asesorar en la formulación de normas, guías de atención y procedimientos de atención al paciente.
- Apoyar la capacitación y sensibilizar al personal en los conceptos y herramientas de la calidad.
- Promover la ejecución de estudios de investigación en calidad de servicios de salud.
- Desarrollar mecanismos de difusión de los resultados de la evaluación de la calidad y de la captación de la información del paciente.

Cabe recalcar que el MOF fue emitido en el año 2009, por lo cual muchas de las funciones que, a la fecha se realizan, no están incorporadas en el marco funcional pero son exigidas en las nuevas normativas como la de seguridad del paciente y el marco de las evaluaciones de desempeño de personal y convenios de gestión.

### **3.3. MARCO OPERATIVO DE LA UNIDAD**

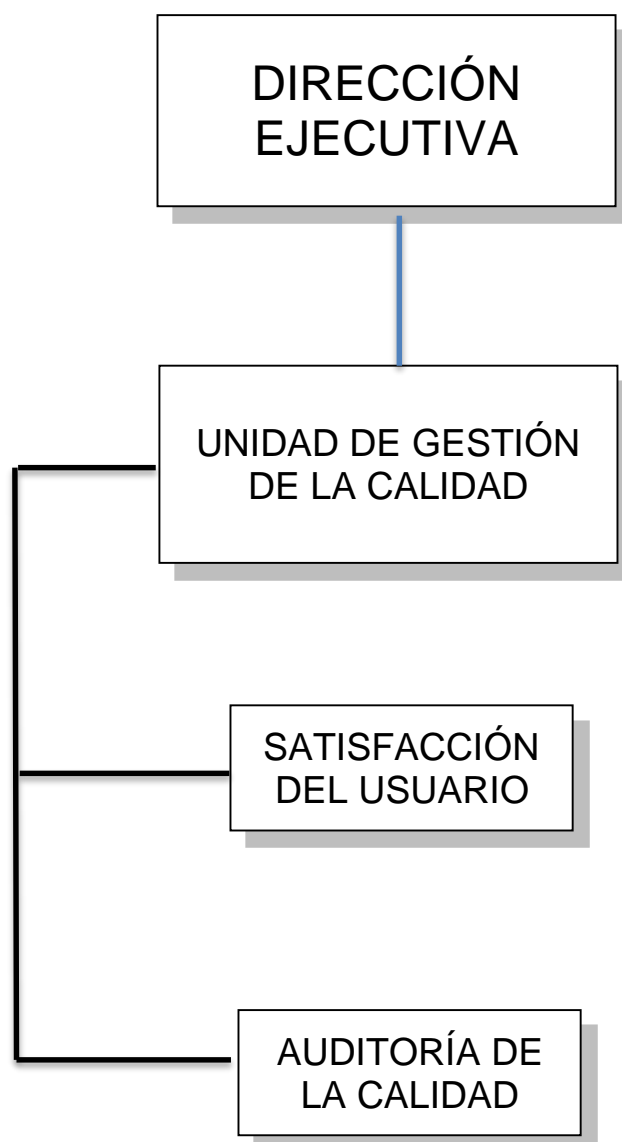
#### **3.3.1. Análisis Situacional**

##### **a. Organización**

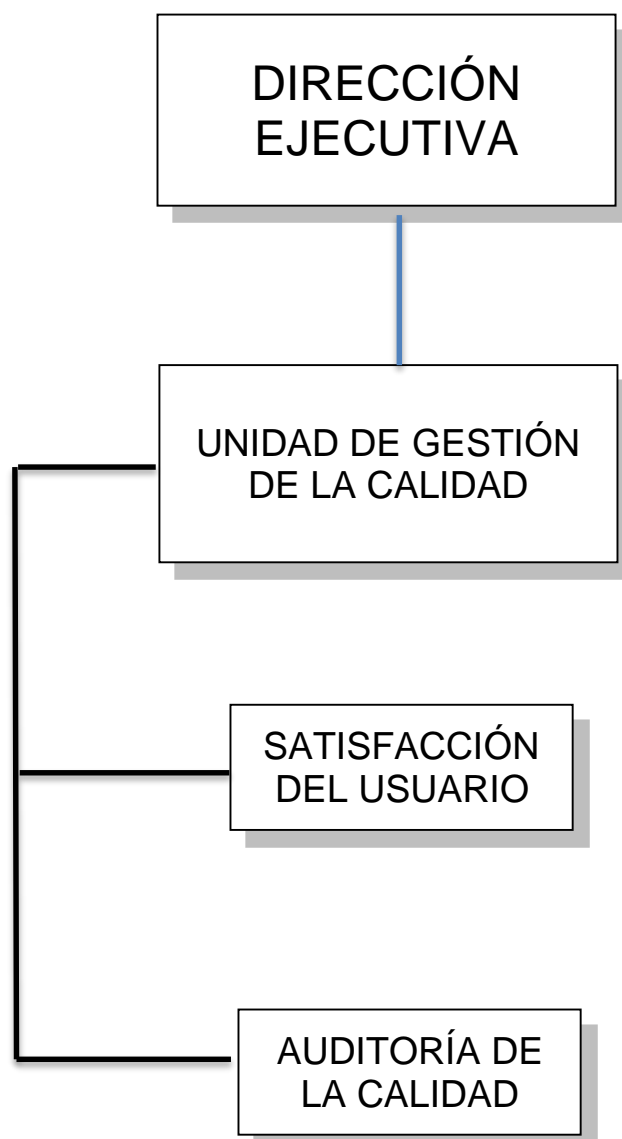
Con respecto a los ambientes físicos, esta unidad cuenta con una oficina que es compartida con las jefaturas médicas además del uso del internet y teléfono interno. Es un área de alto tránsito debido a que se encuentra el despacho de los informes médicos y certificados de salud, así como del usuario interno porque allí se realizan los trámites administrativos y coordinaciones de los médicos especialistas dependientes de los departamentos. Se le facilita mobiliario y equipos computacionales para desarrollar sus labores.



## Organigrama Estructural





**Organigrama funcional:**

### b. Recursos Humanos

SERVICIO	PERSONAL						TOTAL
	DESCRIPCIÓN			CONDICIÓN			
	Tipo	Profesional	Tec/a ux	Nombra do	CAS	Tercero	
Unidad de Gestión de la Calidad	Jefe de Unidad	enfermera		1			1
Área Satisfacción del Usuario.	Profesional Administrativo	Enfermera			1		1
Área de eventos adversos	Profesional Asistencial	Obstetriz			1		1
Equipo técnico	Profesional Administrativo	Técnico administrativo			0		0
<b>TOTAL.</b>				<b>1</b>	<b>2</b>		<b>3</b>

### c. Recursos Tecnológicos

CONCEPTO	CANTIDAD DE EQUIPOS
Computadora	02
Laptop	01
Impresoras	01
Teléfono fijo	01
<b>TOTAL</b>	<b>05</b>

Se trabaja el Aplicativo de consolidación de datos de la Encuesta de Satisfacción de Usuario (SERQUAL), aplicativo de la Autoevaluación y de Rondas de Seguridad proporcionadas por el Ministerio de Salud.



#### d. Resultados de rendimiento: Principales logros alcanzados en el año 2021:

Para el año 2021, se recalcar que varias de las acciones programadas aun fueron afectadas por la pandemia, cuya declaratoria de emergencia ha limitado o redirigido las acciones de salud. Sin embargo, se ha concretado acciones que se detallan a continuación:

- Elaboración e implementación del Plan de Gestión de la Calidad y de todas las líneas de calidad.
- Medición de la satisfacción del Usuario Externo mediante el SERVQUAL en emergencia, consulta externa y hospitalización.
- Autoevaluación para la acreditación en el Hospital, involucrando a los diferentes servicios.
- Implementación del sistema de seguridad del paciente, con enfoque adaptación y mitigación al COVID, y clasificación de los eventos adversos más frecuentes en nuestro hospital.
- Rondas de seguridad en los servicios programados.
- Monitoreo de la implementación de la lista de verificación de cirugía segura.
- Monitoreo de adherencia el lavado de manos limitados por la emergencia sanitaria.
- Monitoreo de eventos adversos y consentimiento informado.

#### 3.4. DIAGNOSTICO SITUACIONAL DE LA OFICINA.

ANALISIS INTERNO	ANALISIS EXTERNO
<b>DEBILIDAD</b>	<b>AMENAZA</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Insuficiente número de personal asignado a la unidad.</li> <li>• Débil conocimiento de herramientas de la calidad por los responsables de los Departamentos y servicios.</li> <li>• Escasos recursos para la implementación total de los planes de calidad propuestos.</li> <li>• Escasa oferta médica sub especializada que genera insatisfacción del usuario en la consulta externa.</li> <li>• Proceso de acreditación sin el apoyo suficiente en todos los departamentos.</li> <li>• Se observa grupos ocupacionales con poca adherencia a los procesos de gestión de la calidad.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En el último año, se ha observado alta rotación de jefaturas medicas</li> <li>• Insuficiente presupuesto institucional.</li> <li>• Desconocimiento de los usuarios de sus deberes y derechos en salud.</li> <li>• Debilidad en la implementación de software para el procesamiento de datos de todas las líneas de calidad.</li> <li>• Pandemia COVID 19</li> <li>• Poco respaldo a las acciones de calidad que se visibiliza tanto en el nivel regional como hospitalario.</li> </ul>
<b>FORTALEZA</b>	<b>OPORTUNIDAD</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Experiencia y capacitación de los recursos humanos asignados a la oficina.</li> <li>- Planes de calidad elaborados.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Decisión política para la implementación de calidad en los establecimientos de salud a nivel nacional.</li> </ul>



<ul style="list-style-type: none"> <li>- Buen clima laboral y trabajo en equipo.</li> <li>- Buena imagen institucional.</li> <li>- Creatividad e innovación del equipo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sistema de monitoreo de hospitales.</li> <li>- Marco normativo de gestión de la calidad actualizada.</li> <li>- Descentralización que permite mejora de procesos locales como la categorización.</li> <li>- Incentivos económicos por cumplimiento de indicadores de desempeño.</li> </ul>
---	---

### 3.5. PROBLEMAS Y NECESIDADES PRIORIZADAS.

PROCESO/SUBPROCESO	PROBLEMAS PRIORIZADOS	NECESIDADES PRIORIZADAS
	Insuficientes recursos para implementación de los planes de calidad.	Gestión e incorporación en el POI de las actividades para la implementación de Sistema de gestión de la calidad.
	Nuevos estándares en consulta externa	Reformular los procesos de atención en Cn. Ex. A través de Telemedicina
	Insatisfacción de usuarios por la prestación del servicio de salud ante el COVID-19	Sensibilización en Buen trato
		Medición de satisfacción de usuario
	Insuficiente compromiso de los profesionales de salud con seguridad del paciente.	Sensibilización para la prevención y reporte de eventos adversos.
	Demora en la implementación de las recomendaciones del Comité de Auditoría	Seguimiento de las recomendaciones del Comité de Auditoría.
	Autoevaluación con resultado por mejorar.	Mejora progresiva en los estándares de acreditación
	Procesos de mejora sin metodología adecuada.	Conformación y capacitación de equipos de mejora.



	Desconocimiento de deberes y derechos en salud de parte del prestador y del paciente.	Sesiones de capacitación para trabajadores de salud
		Campañas de difusión para los pacientes
	Insatisfacción del usuario externo por débiles habilidades blandas	Fortalecimiento de capacidades de los colaboradores.

Es necesario precisar que cada línea de calidad presenta su plan de trabajo con el análisis detallado según el área de intervención.

#### IV. PROGRAMACION OPERATIVA 2022

##### 4.1. OBJETIVOS DE LA UNIDAD DE GESTION DE LA CALIDAD.

- **OBJETIVOS GENERALES DEL GOBIERNO REGIONAL DE LIMA**

Contar con servicios básicos, educativos y de salud de calidad y accesibles a la población en igualdad de condiciones.

- **OBJETIVO GENERAL POI 2022 HOSPITAL DE CHANCAY**

Mejorar los servicios asistenciales básicos y especializados de salud, priorizando las zonas rurales y distritos de la zona andina, y la atención de enfermedades bronquiales y ginecológicas

- **OBJETIVO ESPECIFICO UNIDAD DE GESTION DE LA CALIDAD 2022**

Implementar el Sistema de Gestión de la Calidad en Salud en el Hospital de Chancay y SBS "DR. HIDALGO ATOCHE LOPEZ, en sus distintas líneas de acción, respondiendo al marco de la pandemia COVID-19".



## 4.2. INDICADORES

### FICHA DEL INDICADOR DE DESEMPEÑO –POI 2022

<b>PLIEGO: 463 - GOBIERNO REGIONAL DE LIMA</b>
<b>DENOMINACION. GOBIERNO REGIONAL DE LIMA</b>
<b>OBJETIVO GENERAL POI 2022- HOSPITAL DE CHANCAY Y SBS</b> 5.1 Ofertar y articular servicios de salud con calidad, respondiendo a criterios de accesibilidad y gestión eficiente de los recursos, enfatizando la población más vulnerable.

CONCEPTOS	DEFINICION						
Indicador	Proporción de auditorías realizadas						
Dimensión del Indicador	De calidad.						
Fundamento	Mejora la calidad de atención en el Hospital de Chancay y SBS						
Forma de Calculo	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de auditorías de la calidad de atención en salud realizadas} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ de auditorías programadas}}$						
Fuente de Información, medios de verificación	Fichas de Auditoría de la calidad de atención, Informe del Comité de Auditoría medica						
Datos históricos	<table border="1"> <thead> <tr> <th>2019</th> <th>2020</th> <th>2021</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>172%</td> <td>0%</td> <td>0%</td> </tr> </tbody> </table>	2019	2020	2021	172%	0%	0%
2019	2020	2021					
172%	0%	0%					
Resultado para el año 2022	50%						
Área responsable de proveer el valor del indicador	Comité de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud del Hospital de Chancay y SBS.						
Área del responsable del cumplimiento del indicador	Comité de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud del Hospital de Chancay y SBS.						



**FICHA DEL INDICADOR DE DESEMPEÑO –POI 2022****PLIEGO: 463 - GOBIERNO REGIONAL DE LIMA****DENOMINACION. GOBIERNO REGIONAL DE LIMA****OBJETIVO GENERAL POI 2022- HOSPITAL DE CHANCAY Y SBS**

5.1 Ofertar y articular servicios de salud con calidad, respondiendo a criterios de accesibilidad y gestión eficiente de los recursos, enfatizando la población más vulnerable.

CONCEPTOS	DEFINICION						
Indicador	Rondas de seguridad						
Dimensión del Indicador	De calidad.						
Fundamento	Mejora la calidad de atención en el Hospital de Chancay y SBS						
Forma de Cálculo	$\frac{\text{N}^\circ \text{ Rondas de seguridad ejecutadas al año} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ de rondas de seguridad programadas}}$						
Fuente de Información, medios de verificación	Fichas de evaluación para rondas de seguridad, Informes de aplicación de rondas						
Datos históricos	<table border="1"> <thead> <tr> <th>2019</th> <th>2020</th> <th>2021</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> </tr> </tbody> </table>	2019	2020	2021	100%	100%	100%
2019	2020	2021					
100%	100%	100%					
Resultado para el año 2022	100%						
Área responsable de proveer el valor del indicador	Comité de rondas de seguridad del Hospital de Chancay y SBS.						
Área del responsable del cumplimiento del indicador	Comité de rondas de seguridad del Hospital de Chancay y SBS.						



### 4.3. DESCRIPCION DE LAS PRINCIPALES ACTIVIDADES A PROGRAMAR

En esta parte se señala, en general, las principales actividades, pero como lo mencionábamos anteriormente, cada línea responde a un plan de trabajo y las acciones son sugeridas, implementadas, coordinadas con los comités o equipos de trabajo, sin embargo responden a los objetivos propuestos en este documento.

1. Desarrollar acciones para fortalecer la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad.	
Tareas	Descripción
Planificación para la implementación del Sistema de Gestión de la calidad 2021.	Elaboración Planes de Gestión de la Calidad 2022 según líneas de calidad
Capacitación en el Sistema Gestión de la calidad	Desarrollo del plan de capacitación propuesto para el año 2022 en coordinación con los departamentos y servicios implementando la modalidad virtual
Evaluación de los avances de los Planes de calidad y avance de metas físicas operativas de la unidad de Gestión de la Calidad para el 2021.	Información sobre la programación de actividades de los diferentes planes de gestión que responden a las líneas de calidad.

2. Desarrollar mecanismos para la mejora de la Satisfacción del usuario externo.	
Tareas	Descripción
Medición de satisfacción de usuario externo.	Realización de la encuesta SERVQUAL 1 vez al año según normativa. Incluye la emisión de informes y seguimiento a las sugerencias y acuerdos de mejora.
Evaluación de la Consulta externa a través de Telemedicina.	Medición del tiempo de espera 1 vez al año, en consulta externa y con probabilidad de 1 vez en emergencia.
Implementar el Plan de Seguridad del Paciente	Seguimiento de los procedimientos del lavado de manos, de las tasas de infecciones intrahospitalarias, realizar rondas de seguridad del paciente y desarrollo de acciones de Implementación de lista de cirugía segura.





Evaluar el desarrollo de proyectos de mejora de la calidad	Fomentar la conformación de equipos de mejora y evaluar la elaboración de proyectos de mejora en el Hospital.
3. Implementar el Plan de Auditoría de la Calidad de atención en Salud.	
Tareas	Descripción
Auditorías de la Calidad de atención en Salud	Monitoreo del avance de las Auditorías programadas por el Comité de auditoría
Seguimiento de la implementación de las recomendaciones del Comité	Seguimiento de la implementación de recomendaciones del comité de Auditoría de la Calidad de atención en Salud

4. Autoevaluación interna para la Acreditación	
Tareas	Descripción
Autoevaluación del Hospital	Desarrollo de procesos de Autoevaluación hasta cumplir con el puntaje requerido para la evaluación externa
Asistencia técnica para la mejora de los estándares de acreditación	Asistencia técnica a los responsables de los macros procesos que contribuya a la mejora progresiva del puntaje de los estándares no aprobados.

Se anexan las matrices de Formulación y Programación de actividades de la Unidad de Gestión de la Calidad, detalladas con tareas asociadas y calendario de actividades, así como los criterios de programación remitido por el Nivel central.

## ANEXOS





**MATRIZ N°02 UNIDAD GESTIÓN DE LA CALIDAD 2022**  
**Hoja de Trabajo: Formulación de Actividades - Tareas Asociadas**

OBJETIVO ESPECIFICO	ACTIVIDAD A DESARROLLAR	TAREAS ASOCIADAS	UNIDAD DE MEDIDA	META TOTAL EJECUTAR	CRONOGRAMA PARA EJECUCIÓN DE LA ACTIVIDAD (6)																TOTAL EJECUTADO	% AVANCE ANUAL				
					E	F	M	I TRI	A	M	J	II TRIM	I SEM	J	A	S	III TRI	O	N	D			IV TRI	II SEM		
		<b>AVANCE ANUAL</b>	<b>ACTIVIDADES</b>	<b>174</b>				<b>59</b>				<b>81</b>	<b>140</b>				<b>12</b>			<b>15</b>	<b>30</b>	<b>159</b>	<b>91.38%</b>			
Implementar el Sistema de Gestión de la Calidad en el Hospital de Chancay.	Desarrollar acciones para fortalecer la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad	<b>GESTION ADMINISTRATIVA</b>		10	0	2	2	4	0	0	2	2	6	0	0	2	2	0	0	2	2	4	0	0.00%		
		Plan de trabajo de Gestión de la Calidad	Plan	1		1						0	1					0				0	0	1	0.00%	
		Conformación del equipo de Gestión de la Calidad	Resolución	1		1						0	1					0				0	0	1	0.00%	
		Fortalecimiento de capacidades en Gestión de la Calidad	Sesión de capacitación	4			1	1			1	1	2				1	1			1	1	2	4	0.00%	
		Evaluación de Planes de Gestión de la Calidad	Informe	4			1	1			1	1	2				1	1			1	1	2	4	0.00%	
	Desarrollar mecanismos para la mejora de la Satisfacción del usuario externo	<b>SATISFACCION DEL USUARIO</b>			107	0	0	37	37	22	22	21	65	102	0	1	0	1	0	1	0	1	2	103	96.26%	
		Medición de satisfacción de usuario externo.	Informes	1				0					0	0				0				0	0	0	#iDIV/0!	
		Elaboración y promoción de informes con resultados a departamentos/servicios medicos	Informes	1				0					0	0				0				0	0	0	#iDIV/0!	
		Seguimiento de la Implementación de acciones de mejora	Accion	2			1	1					0	1				0		1		1	1	2	0.00%	
		Medición del tiempo de espera en consulta externa	Encuesta	101			36	36	22	22	21	65	101					0				0	0	101	0.00%	
		Evaluación de la Medición del tiempo de espera en consulta externa	Medicion	0				0					0	0				0				0	0	0	#iDIV/0!	
		<b>PROMOCION DE LOS DERECHOS</b>			4			2	2					2				2					2	4	#iVALOR!	
		Difusion deberes y derechos y del Buen Trato en Salud	campana	2			1	1					0	1			1	1				0	1	2	0.00%	
		Seguimiento de la difusion de los derechos	informe	2			1	1					0	1			1	1				0	1	2	0.00%	
		<b>SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>			30	1	4	4	9	1	2	4	7	16	1			3	4	1	1	4	6	13	29	100.00%
		Conformación del comité de Seguridad	Resolución	3		3		0					0	3				0				0	0	3	0.00%	
		Evaluación del seguimiento de eventos adversos	Informe	4			1	1					0	1				0				0	0	1	0.00%	
		Rondas de seguridad del paciente	Acción	12	1	1	1	3	1	1	1	1	3	6	1	1	1	3	1	1	1	3	6	12	0.00%	
		Evaluación y encuesta de la implementación de cirugía segura	Acción	2				0			1	1	1	1				0			1	1	1	2	0.00%	
		Fortalecimiento de capacidades en Lavado de manos	Sesión de capacitación	1				0		1			1	1				0				0	0	1	0.00%	
Monitoreo de Lavado de manos	Acción	4			1	1			1	1	2				1	1			1	1	2	4	0.00%			
Monitoreo de consentimiento informado	Acción	4			1	1			1	1	2				1	1			1	1	2	4	0.00%			



		<b>MEJORA CONTINUA</b>	7	0	0	2	2	0	0	1	1	3	0	1	1	2	0	0	2	2	4	7	100.00%	
		Conformación del equipo de mejora continua	Resolución	1			1	1				0	1				0				0	0	1	0.00%
		Elaboración de Proyectos de Mejora	Proyecto	1				0				0	0		1		0				0	0	1	0.00%
		Evaluación de Proyectos Ejecutados en vigencia	Informe	1				0				0	0				0		1	1	1	1	1	0.00%
		Acciones de Mejora	Informe	4			1	1		1	1	2			1	1				1	1	2	4	0.00%
Implementar el Plan de Auditoría de la Calidad de atención en Salud.	<b>AUDITORIA DE LA CALIDAD EN SALUD</b>		13	0	0	5	5	0	0	3	3	8	0	0	2	2	0	0	3	3	5	13	100.00%	
	Conformación del comité de Auditoría en Salud	Resolución	1			1	1				0	1				0				0	0	1	0.00%	
	Conformación del comité de Auditoría médica	Resolución	1			1	1				0	1				0				0	0	1	0.00%	
	Plan de Auditoría	Resolución	1			1	1				0	1				0				0	0	1	0.00%	
	Reunión para Auditoría	Acta	4			1	1		1	1	2			1	1			1	1	2	4	0.00%		
	Informe de Auditoría de la Calidad de atención en Salud	Informe	4			1	1		1	1	2			1	1			1	1	2	4	0.00%		
	Seguimiento de la Implementación de recomendaciones del Comité de Auditoría	Informe	2				0		1	1	1					0		1	1	1	2	0.00%		
Autoevaluación interna para la acreditación	<b>ACREDITACION Y AUTOEVALUACION</b>		7	0	0	2	2	1	2	0	3	5	0	1	0	1	1	0	0	1	2	7	100.00%	
	Formación del Equipo de Acreditación	Resolución	1			1	1				0	1				0				0	0	1	0.00%	
	Formación del Equipo de Auto- Evaluación	Resolución	1				0	1			1	1				0				0	0	1	100.00%	
	Plan de Autoevaluación	Resolución	1				0		1		1	1				0				0	0	1	0.00%	
	Taller de Fortalecimiento de capacidades en Acreditación y Autoevaluación	Sesión de capacitación	1				0		1		1	1				0				0	0	1	0.00%	
	Auto-Evaluación del Hospital	Acción	1				0				0	0		1		1				0	1	1	0.00%	
	Monitoreo de Implementación de recomendación de Autoevaluación	Informe	2			1	1				0	1				0	1			1	1	2	0.00%	

