

MINISTERIO DE SALUD



Dirección General

RESOLUCION DIRECTORAL

N° 363 -2014-DG-HVLH

Magdalena del Mar, 30 de mayo 2014

La Dirección General del Hospital Víctor Larco Herrera;

CONSIDERANDO:

Que, el Ministerio de Salud es el ente rector del Sector Salud, que conduce, regula y promueve la intervención del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud, el cual tiene entre sus funciones la conducción y planeamiento estratégico sectorial de salud, con el establecimiento de los objetivos, metas y estrategias de corto, mediano y largo plazo, así como el procurar la inversión y financiamiento para lograr los objetivos y metas institucionales y el desarrollo de la infraestructura, tecnología y equipamiento en salud;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 826-2005/MINSA de fecha 24 de octubre de 2005, se aprobó las "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud";

Que, a los cambios efectuados en el desarrollo del planeamiento estratégico en la Administración Pública, derivados de la formalización del Sistema Nacional Estratégico conducido por el Centro Nacional de Planeamiento Estratégico (CEPLAN), enmarcados dentro de los "Objetivos del desarrollo del Milenio al 2015", el "Acuerdo Nacional", así como el "Plan Bicentenario -Perú al 2021", el cual fija metas de largo plazo con un enfoque de resultados, orientados a la satisfacción y resolución de los problemas del ciudadano, resulta necesario consolidar el proceso de fortalecimiento del ejercicio de la rectoría del Sector Salud, a través de los "Lineamientos de Política Sectorial 2011-2016", los "Lineamientos para acción de Salud Mental" y el "Plan Nacional de Salud Mental", implementar los aspectos técnicos y operativos en materias de planeamiento que no se encuentran previstos en la Directiva Administrativa antes señaladas;

Que, en este sentido, el Documento Técnico: Plan de Gestión Clínica 2014, se desprende que éste tiene por finalidad el desarrollo de la Gestión Clínica como una estrategia para mejorar la calidad de los servicios, su eficiencia y entrega con equidad a través de la implementación, por primera vez, de un Plan de Gestión Clínica anual orientado al mejor manejo de los recursos, regulación de la producción de atenciones, la mejora de la calidad de los servicios ofertados y su medición objetiva con indicadores;

Que, asimismo, tiene por objetivo general reorientar la atención médica las necesidades de los pacientes a través de la implementación de buenas prácticas maximizando la calidad y eficiencia de los servicios;

Que, mediante Nota informativa N° 127-OEPE-HVLH-2014, la Dirección Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, refiere haber revisado y evaluado el "Plan de Gestión Clínica 2014 del Hospital "Victor Larco Herrera", el mismo que cumple con la estructura y parámetros de los formatos para la elaboración de Planes Nacionales; en consecuencia, por convenir a los intereses funcionales institucionales que permitan un mejor cumplimiento de los fines y objetivos de la institución, resulta necesario formalizar su aprobación, mediante la emisión del correspondiente acto de administración;



Con el visado de la Jefa de la Oficina de Asesoría Jurídica, del Director Ejecutivo de la Oficina de Planeamiento Estratégico y del Director Adjunto del Hospital "Victor Larco Herrera", y;

De conformidad con el literal c) del artículo 11º del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital "Victor Larco Herrera" aprobado por Resolución Ministerial N° 132-2005/MINSA;

SE RESUELVE:

Artículo 1º.- Aprobar el "PLAN DE GESTION CLINICA 2014 DEL HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA", el mismo que en documento adjunto a folios (31), forma parte integrante de la presente Resolución.

Artículo 2º.- Encárguese a la Dirección Adjunta del Hospital "Victor Larco Herrera", de la difusión del Documento Técnico denominado "Plan de Gestión Clínica 2014".

Artículo 3º.- Los Departamentos Asistenciales, ejecutaran las actividades que correspondan según la responsabilidad indicada en el cronograma de ejecución.

Artículo 4º.- La Oficina de Estadística e Informática deberá calcular y reportar los trabajadores definidos en el presente Documento Técnico

Artículo 5º.- El Responsable de la Unidad de Referencia y Contrareferencia deberá reunirse en forma bimensual con los Departamentos Asistenciales.

Artículo 6º.- Dispóngase a la Oficina de Comunicaciones, publicar en la página Web el Plan de Gestión del Hospital "Victor Larco Herrera".

Regístrese y Comuníquese



Ministerio De Salud
Hospital "Victor Larco Herrera"

Med. Cristina Eguiguren Li
Directora General
C.M.P. 17899 - R.N.F. 8270

CAEL/JRSG/MYRV.

Distribución:

- Dirección Adjunta
- Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico
- Oficina de Asesoría Jurídica
- Unidades Orgánicas



2014

**PLAN DE GESTIÓN CLÍNICA
2014 DEL HOSPITAL VÍCTOR
LARCO HERRERA**



**Dra. Cristina
Alejandrina
Eguiguren Li
Directora General**

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN.....	03
II. FINALIDAD	04
III. OBJETIVO GENERAL	04
3.1 Objetivos Específicos	04
IV. BASE LEGAL	04
V. ÁMBITO DE APLICACIÓN	05
VI. CONTENIDO	05
6.1 Diagnóstico Situacional de Indicadores de Desempeño Clínica	05
6.2 Etapas del Proceso de Implementación de la Gestión Clínica	11
6.3 Momentos del Proceso de Implementación de la Gestión Clínica	13
6.4 Avances de la Etapa de Planeamiento	14
6.5 Mecanismos de Control de Gestión Clínica	14
VII. RESPONSABILIDADES	17
VIII. ANEXOS	17
IX. BIBLIOGRAFÍA	31



I. INTRODUCCIÓN

En el año 2014, el Hospital Víctor Larco Herrera del Ministerio de Salud planteó desde la Dirección General, el Fortalecimiento del Desempeño de la Gestión Clínica enfocado en impulsar una cultura de gestión por procesos y que busca elevar la calidad y eficiencia de las prestaciones en los servicios de salud que se brindan en las diferentes Unidades Productoras de Servicios de Salud (UPSS) de atención directa y de soporte. De esta manera, el área clínica o asistencial se ve enfrentada a un nuevo reto organizativo: Un modelo de gestión que considera al paciente el centro del sistema sanitario, que se orienta hacia la mejora de los procesos asistenciales y de gestión en los tres niveles de decisión, es decir macro (alta dirección), meso (órganos de apoyo y asesoría) y micro gestión (UPSS), buscando la continuidad asistencial y posibilita la autonomía de gestión y la descentralización en la toma de decisiones, implicando a los profesionales cuya práctica clínica, basada en guías y manuales incorpora los conocimientos de la MBE, para el uso adecuado de los recursos.

El Hospital Víctor Larco Herrera del Ministerio de Salud es proveedora de servicios de salud de mediana y alta complejidad, por lo que son los clínicos los responsables directos de definir y mantener los altos estándares de calidad en el cuidado de nuestros usuarios, tareas que se realiza con el apoyo del equipo administrativo y gerencial que provee las herramientas y recursos necesarios. Por ello es la Práctica Médica quien finalmente determina los resultados y la utilización de los recursos en las instituciones de salud. Existe un compromiso en la gestión actual para que la calidad sea definida, medida y demostrada; por lo tanto, los indicadores de gestión, de calidad y las teorías y métodos de evaluación económica en salud, así como los estudios de costo-efectividad, la medicina basada en la evidencia y las guías de práctica clínica, entre otras, son piezas clave para el trabajo de gestión y calidad.

Se espera, por tanto, hacer un buen uso de los recursos, intelectuales, humanos, tecnológicos y organizativos, para la mejor asistencia y cuidado de los enfermos. Propósito que está en relación con el conocimiento clínico, la mejora de los procesos asistenciales y la organización de las unidades. Por tanto, el objetivo último de la Gestión Clínica es el de ofrecer a los pacientes los mejores resultados posibles en nuestra práctica diaria (efectividad), acordes con la información científica disponible que haya demostrado su capacidad para cambiar de forma favorable el curso clínico de la enfermedad (eficacia), con los menores inconvenientes y costos para el paciente y para la sociedad en su conjunto (eficiencia).

Finalmente con el afán de articular procesos y no duplicar esfuerzos, un Plan de Gestión Clínica debe estar totalmente articulado con el Plan Operativo Anual (POA), por lo que se trata de un único documento de gestión. La parte del POA que le corresponde a la Gestión de las Unidades Productoras de Servicios de salud, es el Plan de Gestión Clínica, cuya propuesta está contenida en este Documento Técnico.



II. FINALIDAD

La Finalidad de este Documento Técnico se centra en el desarrollo de la Gestión Clínica como una estrategia para mejorar la calidad de los servicios, su eficiencia y entrega con equidad a través de la implementación, por vez primera, de un Plan de Gestión Clínica anual orientado al mejor manejo de los recursos, regulación de la producción de atenciones, la mejora de la calidad de los servicios ofertados y su medición objetiva con indicadores.

III. OBJETIVO GENERAL

Reorientar la atención médica las necesidades de los pacientes a través de la implementación de buenas prácticas clínicas maximizando la calidad y eficiencia de los servicios.

3.1 Objetivos Específicos

- Fortalecer el modelo de gestión asistencial actual mediante el desarrollo de un Modelo de Gestión Clínica.
- Estandarizar la atención
- Mejorar la calidad de atención de los pacientes.
- Fortalecer los procesos de Control de la Gestión Clínica.
- Regular la complejidad de la demanda atendida.

IV. BASE LEGAL

- 1.1. Ley N° 26842, Ley General de Salud
- 1.2. Ley N° 29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud"
- 1.3. Decreto Supremo N° 013-2006-SA, que aprueba el Reglamento de Establecimientos de Salud y de Servicios Médicos de Apoyo.
- 1.4. Decreto Supremo N° 043-2006-PCM, que aprueba los Lineamientos para la elaboración y aprobación del Reglamento de Organización y Funciones – ROF por parte de las entidades de la Administración Pública;
- 1.5. Resolución Ministerial N° 727-2009-MINSA que aprueba el Documento Técnico "Política Nacional de Calidad en Salud".
- 1.6. Resolución Directoral N° 038-2013-DG-HVLH que aprueba el Plan Estratégico Institucional 2012-2016 del Hospital Víctor Larco Herrera.



V. AMBITO DE APLICACIÓN

Este Documento Técnico es de aplicación en todos los Departamentos Asistenciales del Hospital Víctor Larco Herrera.

VI. CONTENIDO

6.1 DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DE INDICADORES DE DESEMPEÑO CLÍNICO

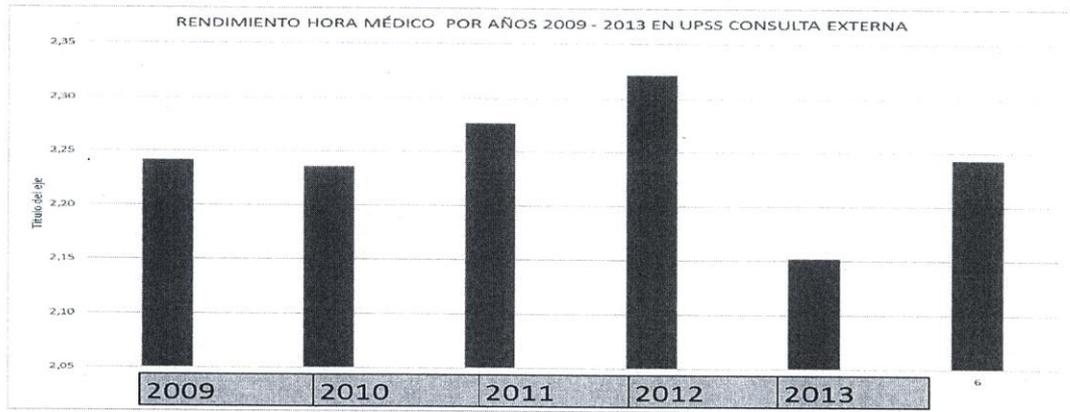
UPSS CONSULTA EXTERNA: RENDIMIENTO HORA MÉDICO

El indicador de Rendimiento Horas / Médico, para los establecimientos especializados no existe normatividad que establezca los estándares a alcanzar, por ello se ha tomado como referencia el promedio de los cinco últimos años, que corresponde, según el gráfico adjunto:

Tabla N° 01

Indicadores de Desempeño Clínico, UPSS Consulta Externa por años. Rendimiento Horas Médico

Nº	DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR	2009	2010	2011	2012	2013	TOTAL	
INDICADORES DE PRODUCTIVIDAD								
1	Rendimiento Hora Médico psiquiatría CONSULTAS EXTERNAS TOTAL ANUAL	Nº de Atenciones	33535	34153	35427	35247	37526	175888
		Nº de horas médico efectivas	14956	15272	15560	15180	17436	78404
		Resultados	2,24	2,24	2,28	2,32	2,15	2,24
2	Rendimiento Hora Médico psiquiatría ADULTOS	Nº de Atenciones	25910	26429	27577	27105	28790	135811
		Nº de horas médico efectivas	11484	11240	11340	10156	11640	55860
		Resultados	2,26	2,35	2,43	2,67	2,47	2,43
3	Rendimiento Hora Médico psiquiatría ADICIONES	Nº de Atenciones	1301	2222	1947	2068	1090	8628
		Nº de horas médico efectivas	744	1096	780	1040	804	4464
		Resultados	1,75	2,03	2,50	1,99	1,36	1,93
4	Rendimiento Hora Médico psiquiatría NIÑOS Y ADOLESCENTES	Nº de Atenciones	6324	5502	5903	6074	7646	31449
		Nº de horas médico efectivas	2728	2936	3440	3984	4992	18080
		Resultados	2,32	1,87	1,72	1,52	1,53	1,74



Es preciso señalar que este indicador cuyo estándar es de 4-6 atenciones por hora, no es aplicable al HVLH, toda vez que este corresponde a un Hospital especializado y según se refleja en los promedios históricos, el rendimiento hora médico es de 2.24, que sería el estándar más real y aplicable al HVLH. La tabla también refleja promedios similares por grupos poblacionales; CE Adulto, CE niños y adolescente y CE Adicciones.

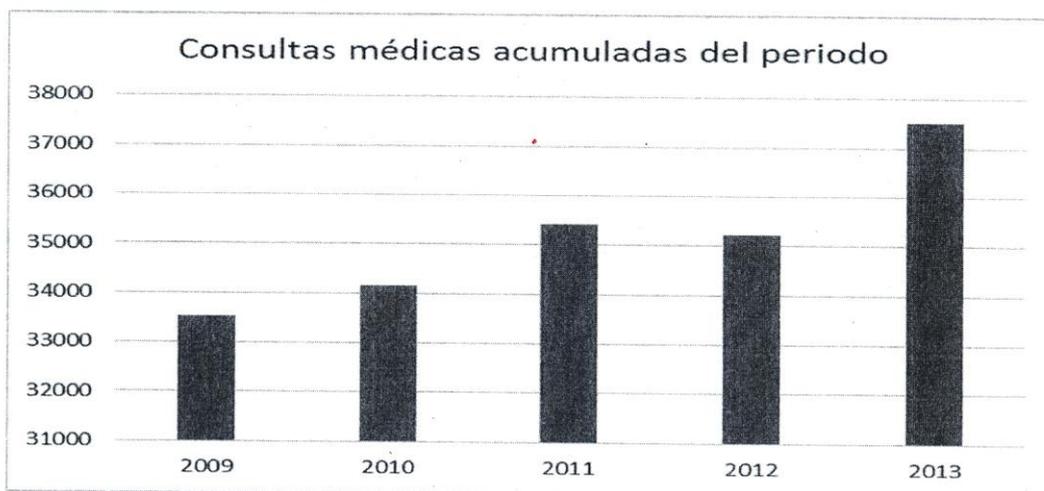
UPSS CONSULTA EXTERNA: CONCENTRACIÓN

En el HVLH, la concentración de consultas, en el promedio histórico es de 4.6 atenciones por paciente, lo cual evidencia que un paciente acude al establecimiento en promedio 4 veces al año.

El indicador se encuentra dentro del rango de lo adecuado (4-6). Asimismo este Indicador es un indicador de acceso, mide la capacidad de la población de acceder a los servicios de salud del HVLH, según se muestra en la tabla, tanto las atenciones como atendidos se viene incrementando año a año, lo cual evidencia que cada vez los servicios de salud están más accesibles a la población por mejora de la oferta y su capacidad resolutive, mejora de la calidad de atención y la imagen del HVLH que se percibe en la población y se expresa en la confianza del ciudadano de acudir al HVLH.

Tabla N° 02
Indicadores de Desempeño Clínico, UPSS Consulta Externa por años. Concentración

Concentración de Consultas Externas PSIQUIATRIA TOTAL ANUAL	Consultas médicas acumuladas del periodo	33535	34153	35427	35247	37526	175888
	atendidos acumulados del periodo (N + R)	6592	7010	7385	8263	8955	38205
	Resultados	5,09	4,87	4,80	4,27	4,19	4,60
Concentración de Consultas Externas PSIQUIATRIA ADULTOS	Consultas médicas acumuladas del periodo	25910	26429	27577	27105	28790	135811
	atendidos acumulados del periodo (N + R)	4257	4525	5060	5982	6570	26394
	Resultados	6,09	5,84	5,45	4,53	4,38	5,15
Concentración de Consultas Externas PSIQUIATRIA ADICCIONES	Consultas médicas acumuladas del periodo	1301	2222	1947	2068	1090	8628
	atendidos acumulados del periodo (N + R)	302	572	434	487	388	2183
	Resultados	4,31	3,88	4,49	4,25	2,81	3,95
Concentración de Consultas Externas PSIQUIATRIA NIÑOS Y ADOLESCENTES	Consultas médicas acumuladas del periodo	6324	5502	5903	6074	7646	31449
	atendidos acumulados del periodo (N + R)	2033	1913	1891	1794	1997	9628
	Resultados	3,11	2,88	3,12	3,39	3,83	3,27



UPSS HOSPITALIZACIÓN: PROMEDIO DE PERMANENCIA

La tabla N° 3 muestra el comportamiento del Indicador de desempeño clínico de la UPSS Hospitalización: Promedio de permanencia, que según los estándares establecidos debe corresponder a 18 días para pacientes agudos. Sin embargo la cifra histórica refleja un promedio histórica de 65 días. Es decir se encuentra muy lejos del estándar. Sin embargo es pertinente hacer algunas precisiones que podría estar sesgando la data, como por ejemplo que dentro de estos pabellones también se encuentra hospitalizados pacientes por mandato judicial y que responde a una orden judicial su condición de egreso más allá del componente médico. Por ello sería recomendable que la oficina de estadística realice

esta depuración del indicador que lo distorsiona y poder analizar y tomar decisiones sobre indicadores más reales y objetivos.

La tendencia en todos los casos ha sido al incremento en los últimos años.

Tabla N° 03
Indicadores de Desempeño Clínico, UPSS Hospitalización por años. Promedio de Permanencia

Nº-DESCRIPCION DEL INDICADOR.		2009	2010	2011	2012	2013	TOTAL	
INDICADORES DE PRODUCTIVIDAD								
15	Promedio de Permanencia DPTO. HOSPITALIZACION PSIQUATRIA AGUDOS PAB 1 Y 20	Dias de Estancia de los Egresos	30144	42523	33190	29277	31582	166716
		Nº de egresos	526	698	511	438	394	2567
		Resultados	57	61	65	67	80	65
16	Promedio de Permanencia DPTO. HOSPITALIZACION PSIQUATRIA AGUDOS PAB 1	Dias de Estancia de los Egresos	15620	29763	14238	14960	15134	89715
		Nº de egresos	286	529	226	210	181	1432
		Resultados	55	56	63	71	84	63
17	Promedio de Permanencia DPTO. HOSPITALIZACION PSIQUATRIA AGUDOS PAB 20	Dias de Estancia de los Egresos	14524	14460	18952	14317	16448	78701
		Nº de egresos	240	247	285	228	213	1213
		Resultados	61	59	66	63	77	65
18	Promedio de Permanencia DPTO. HOSPITALIZACION PSIQUATRIA ADICIONES	Dias de Estancia de los Egresos	6333	15303	11970	10128	11649	55383
		Nº de egresos	80	282	156	121	128	767
		Resultados	79	54	77	84	91	72



UPSS HOSPITALIZACIÓN: INTERVALO DE SUSTITUCIÓN

La tabla N° 4 muestra el comportamiento del Indicador de desempeño clínico de la UPSS Hospitalización: Intervalo de Sustitución, que según los estándares establecidos debe corresponder a 1.5 días. Sin embargo la cifra histórica refleja un promedio histórica de 16.55 días. Es decir se encuentra muy lejos del estándar. Sin embargo es pertinente hacer algunas precisiones que podría estar sesgando la data, como por ejemplo la forma de cálculo, la calidad del registro y recolección de la información. Por ello sería recomendable que la oficina de estadística realice esta verificación del control de calidad

de la información y poder analizar y tomar decisiones sobre indicadores más reales y objetivos.

Tabla N° 04
Indicadores de Desempeño Clínico, UPSS Hospitalización por años. Intervalo de Sustitución

Intervalo de Sustitución DPTO. HOSPITALIZACION PSIQUATRIA AGUDOS PAB 1 Y 20	(Días cama disponibles)	43800	43900	43800	43980	43920	219400
	(Paciente días)	33788	36157	36702	36241	36825	179713
	(Días cama disponibles) - (Paciente días)	10012	7743	7098	7739	7095	39687
	Nº de egresos	526	529	511	438	394	2398
	Resultados	19,03	14,64	13,89	17,67	18,01	16,55
Intervalo de Sustitución DPTO. HOSPITALIZACION PSIQUATRIA AGUDOS PAB 1	(Días cama disponibles)	21900	22000	21900	22020	21960	109780
	(Paciente días)	17227	18186	18767	17696	18320	90196
	(Días cama disponibles) - (Paciente días)	4673	3814	3133	4324	3640	19584
	Nº de egresos	286	247	226	210	181	1150
	Resultados	16,34	15,44	13,86	20,59	20,11	17,03
Intervalo de Sustitución DPTO. HOSPITALIZACION PSIQUATRIA AGUDOS PAB 20	(Días cama disponibles)	21900	21900	21900	21960	21960	109620
	(Paciente días)	16561	17971	17935	18545	18505	89517
	(Días cama disponibles) - (Paciente días)	5339	3929	3965	3415	3455	20103
	Nº de egresos	240	282	285	228	213	1248
	Resultados	22,25	13,93	13,91	14,98	16,22	16,11
Intervalo de Sustitución DPTO. HOSPITALIZACION PSIQUATRIA ADICCIONES	(Días cama disponibles)	21900	21900	20040	20100	21960	105900
	(Paciente días)	7948	10939	10983	9552	9654	49076
	(Días cama disponibles) - (Paciente días)	13952	10961	9057	10548	12306	56824
	Nº de egresos	80	169	156	121	128	654
	Resultados	174,40	64,86	58,06	87,17	96,14	86,89

UPSS HOSPITALIZACIÓN: PORCENTAJE OCUPACIÓN CAMA

La tabla N° 5 muestra el comportamiento del Indicador de desempeño clínico de la UPSS Hospitalización: Porcentaje Ocupación Cama, que según los estándares establecidos debe corresponder a >80%. Sin embargo la cifra histórica refleja un promedio histórica de 79%. Es decir se encuentra dentro del estándar. Sin embargo es pertinente llamar la atención en el indicador de ocupación cama en el pabellón de adicciones que solo alcanza al 52.98%. Por ello sería recomendable que la oficina de estadística realice esta

verificación del control de calidad de la información y poder analizar y tomar decisiones sobre indicadores más reales y objetivos. De otro lado si la data es correcta, entonces sería muy preocupante porque reflejaría un porcentaje muy alto de desocupación de cama y esto se llama Ineficiencia.

Tabla N° 05
Indicadores de Desempeño Clínico, UPSS Hospitalización por años. Porcentaje Ocupación Cama

Nº	DESCRIPCION DEL INDICADOR	2009	2010	2011	2012	2013	TOTAL	
INDICADORES DE PRODUCTIVIDAD								
27	Porcentaje de Ocupación DPTO. HOSPITALIZACION PSIQUATRIA AGUDOS PAB 1 Y 20	Total pacientes días x 100	33788	47096	36702	36241	36825	190652
		Total días cama disponibles	43800	65800	43800	43980	43920	241300
		Resultados	77,14	71,57	83,79	82,40	83,85	79,01
28	Porcentaje de Ocupación DPTO. HOSPITALIZACION PSIQUATRIA AGUDOS PAB 1	Total pacientes días x 100	17227	36157	18767	17696	18320	108167
		Total días cama disponibles	21900	43900	21900	22020	21960	131680
		Resultados	78,66	82,36	85,69	80,36	83,42	82,14
29	Porcentaje de Ocupación DPTO. HOSPITALIZACION PSIQUATRIA AGUDOS PAB 20	Total pacientes días x 100	16561	18186	17935	18545	18505	89732
		Total días cama disponibles	21900	22000	21900	21960	21960	109720
		Resultados	75,62	82,66	81,89	84,45	84,27	81,78
30	Porcentaje de Ocupación DPTO. HOSPITALIZACION PSIQUATRIA ADICCIONES	Total pacientes días x 100	7948	17971	10983	9552	9654	56108
		Total días cama disponibles	21900	21900	20040	20100	21960	105900
		Resultados	36,29	82,06	54,81	47,52	43,96	52,98
39	Tasa de Infecciones Intrahospitalaria	total de pacientes c/ infecciones intrahospitalarias x100	19	1	0	0	0	20
		Nº de Egresos	623	716	681	562	522	3104
		Resultados	3,05	0,14	0,00	0,00	0,00	0,01

La tabla N° 5 muestra el comportamiento del Indicador de desempeño clínico de la UPSS Hospitalización: Tasa de Infecciones Intrahospitalaria, que según los estándares establecidos debe corresponder a >7%. En los últimos años se evidencia un resultado por debajo del estándar, es decir siempre está en el nivel adecuado.

UPSS EMERGENCIA: PROMEDIO DE PERMANENCIA

La tabla N° 6 muestra el comportamiento del Indicador de desempeño clínico de la UPSS Hospitalización: Promedio de Permanencia en sala de observación mayor a 12 horas, que según los estándares establecidos debe corresponder a 0%. Sin embargo la cifra histórica refleja un promedio histórica de 1.13%. Es decir se encuentra por encima del estándar, muy ligeramente.

Tabla N° 06
Indicadores de Desempeño Clínico, UPSS Emergencia por años. Promedio de Permanencia

DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR							TOTAL
CADORES DE PRODUCTIVIDAD		2009	2010	2011	2012	2013	
Promedio de Permanencia EMERGENCIA	Días de Estancia de los Egresos	3163	3078	3426	2687	1895	14249
	Nº de egresos	2608	2468	2455	2404	2638	12573
	Resultados	1,21	1,25	1,40	1,12	0,72	1,13

6.2 ETAPAS DEL PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN DE LA GESTIÓN CLÍNICA

Etapa 1. Decisión de la Dirección General:

Este es el criterio de mayor peso para garantizar el éxito del proceso; es un punto nodal que ha sido explícito y se ha comunicado a los diferentes niveles de la organización. Definición de la política: explicitar la forma como se integra la gestión clínica en la dirección estratégica de la Institución. Este elemento ha sido de gran impacto, enunciado abiertamente desde la Alta Dirección y la política de calidad.

Etapa 2. Planeación Asistencial. Se divide en tres pasos:

1. diagnóstico,
2. objetivos y
3. estrategias.

El diagnóstico asistencial se realiza internamente mediante la valoración paralela de la forma como se presta el servicio y de la evaluación con los involucrados en la prestación (clientes internos y externos).

Externamente se revisa el estado del servicio frente a otros prestadores, teniendo en cuenta el marco legal contextual; de este proceso surgen tópicos sobre los cuales se definieron objetivos por desarrollar en el módulo de gestión clínica, siempre teniendo en cuenta las premisas fundamentales de la organización.

Luego de definir los objetivos, es decir, lo que hay que hacer y qué tenemos que hacer, se define la estrategia (los ¿cómo?) que ha constituido la etapa 3.

Etapa 3. Estrategia. Los pasos que constituyen esta etapa no siempre son secuenciales y pueden sobreponerse unos a otros.

Paso 1. Gestores y equipos de gestión: de acuerdo con el modelo asistencial por patologías y con la planeación estratégica de la organización, se definieron líderes organizativos capaces de planear, hacer, verificar y actuar en su área asistencial y se denominaron “gestores”, que dependen de la dirección ejecutiva y/o Dirección General y tienen el apoyo de gestores de las áreas administrativa y financiera.

Paso 2. Entrenamiento: dada su importancia para los profesionales que fueron involucrados en los procesos de gestión clínica, se debe dar entrenamiento básico en los conceptos y las herramientas de administración y gestión por lo que son los clínicos los responsables directos de definir y mantener los altos estándares de calidad en el cuidado de nuestros pacientes, tareas que realizan con el apoyo del equipo administrativo y gerencial que provee las herramientas necesarias.

Para este paso se tiene en cuenta: un ambiente agradable, los niveles de atención y a quiénes se iba a dirigir, y se elaboró un plan de entrenamiento según las necesidades (calidad, sistema de gestión de la calidad, procesos y servicios) el desarrollo de competencias y aptitudes individuales y del equipo.

Paso 3. Sistema de comunicación: es fundamental como incentivo para en el cambio utilizar medios escritos y comunicaciones verbales dirigidas al individuo y a los grupos, e involucrar a todo el personal asistencial en el desarrollo del modelo comunicando los avances y las dificultades. Requiere del trabajo de todos y en equipo; la participación activa y eficaz de todos, la comunicación eficiente, necesita de la difusión permanente con el fin de orientar conductas, generar participación de todos los colaboradores y promover el mejoramiento continuo en pro de la Institución, la reactivación en el sentido de pertenencia y los valores.

Paso 4. Levantamiento de proceso y de la línea de base. La mejoría y el nuevo diseño de procesos. (¿qué hace usted?, y ¿dónde está?): por medio de la implementación de la Gestión Clínica, cada gestor y su equipo realizaron la definición, la documentación y la medición de sus procesos (línea de base), relacionándolos con otros procesos asistenciales y administrativos.

El levantamiento de la línea de base (¿dónde estamos?) se toma como punto inicial de dónde se encuentra al comienzo del proceso de mejoramiento para medir el avance según lo propuesto y realizar actividades correctivas y preventivas clave para el control y el seguimiento. Es importante plantear indicadores sencillos y que se puedan evaluar en el tiempo.

Paso 5. Definición de puntos críticos (¿qué hay que mejorar?): parte de la respuesta viene de los objetivos planteados por la planeación estratégica organizativa y asistencial, además, de las estrategias que surgen del mismo equipo una vez definidas las actividades del proceso que se deben mejorar. Esto supone la identificación detallada del proceso.

Paso 6. Identificación de mejoras: aquí el gestor junto con la Dirección General, se preguntan qué se quiere mejorar, apoyados en el equipo de gestión para una definición

más específica, teniendo en cuenta la oportunidad, el acceso, la capacidad de integración, la seguridad, etc.

Paso 7. Definir el nivel de calidad y eficiencia deseado: habiendo determinado lo que se quiere mejorar y revisada la calidad que se pretende, se debe tener en cuenta la visión técnico científica y la voz del cliente, debido a que no es posible el mejoramiento de los procesos clínicos si la voz del usuario no ha sido escuchada. En este punto son útiles:

- La medicina basada en la evidencia,
- Las guías de práctica clínica,
- Los estudios publicados y

El *benchmarking*: es un proceso estratégico de identificación y aprendizaje de las mejores prácticas organizativas de cualquier parte del mundo para obtener información sobre filosofía, políticas, prácticas y patrones que puedan ayudar a la organización en la toma de decisiones para perfeccionar su desempeño: admitir que otro es mejor y aprender cómo igualarse e, incluso, superarlo.

Paso 8. La auditoría: este proceso esencial ha sido una constante en la nueva gestión clínica, incentivando el autoconocimiento, la autogestión y el mejoramiento continuo del área organizativa.

Paso 9. Rendición de cuentas: este proceso esencial es fundamental para la legitimidad, transparencia de la gestión. Los mecanismos de rendición de cuentas pueden ser evaluaciones de metas y resultados suscritos en Acuerdos de Gestión entre la Dirección General y la UPSS de atención directa y de soporte.

6.3 MOMENTOS DEL PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN DE LA GESTIÓN CLÍNICA

Incluye 5 momentos:

M-1 Sensibilización a actores claves, respecto a los elementos Conceptuales de la Gestión Clínica: Equipo de Gestión, Jefes de departamento y/o UPSS. Definición de Línea de Tiempo y Hoja de Ruta. Asimismo determinación de UPSS pilotos.

M-2 Identificación de los procesos (Políticos, Estratégicos y Asistenciales) y de las buenas prácticas de gestión y atención, según Guías de Práctica Clínica, Procedimientos Médico – Quirúrgico, Manuales de Procesos y Normas Técnicas vigentes.

M-3 Medición del desempeño de las buenas prácticas de gestión y atención. Estimación de Línea de Base. Identificación y Priorización de Problemas.

M-4 Diseño de Plan de Gestión Clínica: Incorpora Finalidad, Objetivos (Oferta, Gestión, Prestación, Calidad), Líneas de acción, actividades e Indicadores de monitoreo y evaluación (Acuerdos de Gestión). Incorpora Proyectos de Mejora.

M-5 Seguimiento y evaluación del Plan. Suscripción de Acuerdos de Gestión.
Reconocimiento de Logros

6.4 AVANCES DE LA ETAPA DE PLANEAMIENTO

Objetivo General:

Elevar los niveles de eficiencia, eficacia y calidad de las prestaciones, reorientando la atención médica a las necesidades de los pacientes a través de buenas prácticas clínicas, que tomen en cuenta a todo el equipo de salud, e integren el proceso de atención a la gestión de recursos, insumos y resultados.

Objetivo Específico N°1:

Fortalecimiento de la Gestión Clínica, como estrategia para mejorar la calidad de atención y eficiencia de la gestión.

Estrategia N° 1.1: Se trabaja en una nueva metodología de mejora de la calidad de las prestaciones basada en la estandarización de la práctica clínica para disminuir la variabilidad clínica (MBE, GPC, GPA, etc)

Estrategia N° 1.2: Se trabaja en una metodología de mejora de la eficiencia basada en buenas prácticas de gestión (recursos humanos, recursos tecnológicos y organización)

Estrategia N° 1.3: Se han fortalecido los procesos de control de la Gestión Clínica (auditorías, monitoreo y evaluación y suscripción de compromisos de gestión).

Bajo el principio que establece que mejorando los procesos se pueden alcanzar resultados significativos en la Institución, sin descuidar los aspectos relacionados a la estructura de los recursos disponibles, en los más necesarios y elementales para las prestaciones, la Gestión Clínica está orientada a impulsar una cultura de gestión de procesos asistenciales consistentes y articulados a los procesos estratégicos y tácticos.

Por ende es preciso señalar la necesidad y el involucramiento del nivel táctico (Mesogestión) y nivel estratégico de gestión (Macrogestión) para facilitar las metas y objetivos planteados.

Actividades Operativas:

En la matriz N° 3 se describen las actividades operativas y resultados esperados para el año 2014

6.5 MECANISMOS DE CONTROL DE GESTIÓN CLINICA

A partir del diseño y aplicación de un Sistema de Monitoreo y Evaluación que permita reconocer el avance de la UPSS hacia la excelencia. Una herramienta que facilitaría el seguimiento de acuerdos y compromisos de todos los actores involucrados sería la Suscripción de un Acuerdo y/o Compromisos de Gestión por Resultados.

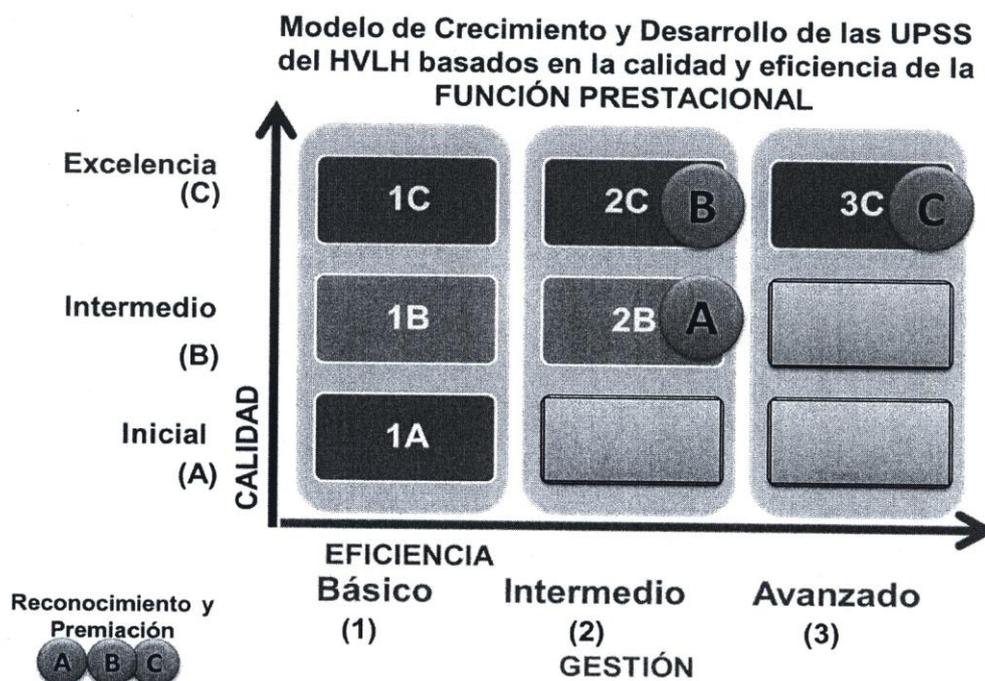
Asimismo un instrumento que facilitaría este proceso sería el diseño de un Tablero de Monitoreo por Departamento que integre indicadores de proceso y resultados y genere reportes mensuales, trimestrales, semestrales y anuales. Para este proceso se necesitan cuatro elementos condicionantes:

- El Acuerdo de Gestión, que es un documento formal, resultante de la negociación entre la Dirección del Hospital y los Departamentos, en donde se establecen los compromisos y resultados a obtener y los incentivos no dinerarios de ser necesario.
- El programa-presupuesto, en base a lo anterior que se asigne y defina los recursos con los que se realizarán las actividades comprometidas, por ello es vital vincularlo al Plan Operativo Anual.
- El Sistema de Información (OEI), destinado a brindar los reportes de producción, los indicadores de calidad y de eficiencia con oportunidad.
- El diseño, validación y aprobación de un Tablero de Monitoreo por Departamento, instrumento que servirá para analizar los resultados de la evaluación de la gestión y tomar las decisiones más oportunas y asertivas.

Suscripción de Acuerdos de Gestión

Se propone la suscripción de un Acuerdo de Gestión, compromiso entre la Dirección General y los Departamentos y que estaría orientado a:

1. Impulsar una nueva forma de trabajo basada en la GESTIÓN DE PROCESOS, en el trabajo en equipo y en el involucramiento de los profesionales en la mejora del trabajo del día a día.
2. Impulsar mayor compromiso y responsabilidad para el manejo de los recursos asignados. Esto implica, involucrar a los profesionales en la gestión de los recursos con criterio de EFICIENCIA
3. Desarrollo de Buenas Prácticas, innovadoras orientadas a la mejora de la CALIDAD ASISTENCIAL y a mejorar la organización del servicio y estandarización de las prestaciones y procesos de atención.
4. Evaluación y mejora continua de los resultados: GESTIÓN POR RESULTADOS. Tablero de Monitoreo por Departamento.
5. Satisfacción, motivación y desarrollo profesional.



El Acuerdo de Gestión, es una herramienta de gestión que sirve para hacer seguimiento y evaluación de los indicadores planteados enfocados en los dos principios claves de la Gestión Clínica: Eficiencia y Calidad. El desempeño de cada Departamento puede encajar en cualquiera de los seis (6) escenarios, que se muestran en la figura adjunta.

El avance de un escenario a otro está condicionado por cuatro grupos de objetivos, indicadores y compromisos:

1. **Compromisos - Objetivos e Indicadores a alcanzar en Actividad Asistencial**, que incorpora la parte prestacional (estandarización de la práctica de atención a través del uso de las Guías de Práctica Clínica) y las condiciones mínimas de funcionamiento de los Departamentos.
2. **Compromisos - Objetivos e Indicadores a alcanzar en Calidad** relacionados a seguridad del paciente, Acreditación, tiempos de espera, proyectos de mejora continua, auditoría de calidad, satisfacción del paciente y trabajo en equipo.
3. **Compromisos - Objetivos e Indicadores a alcanzar en Organización y Gestión**. Desconcentrar responsabilidades, acciones de Planeamiento, Gestión de recursos: Humanos, Tecnológicos, gestión de medicamentos e insumos, Gestión de la Información, Gestión de los Residuos Sólidos y acciones de Control de la Gestión Clínica
4. **Objetivos e Indicadores relacionados a los resultados del desempeño de la Gestión Clínica**, indicadores de desempeño Clínico, satisfacción de usuario externo e interno, entre otros.

INDICADORES DE RESULTADOS: NIVELES DE GESTIÓN ALCANZADO EN LOS SERVICIOS

Nº	ITEMS	Valor_0 1	OBSERVACIONES
	Resultado lista de chequeo N° 28	0.00%	
EL DEPARTAMENTO / UPSS CUMPLE ESTÁNDARES DE LOS INDICADORES DE GESTIÓN			0.00%
Resultado de los niveles de GESTIÓN Y ORGANIZACIÓN alcanzado por los servicios			
1	El Departamento / UPSS ha actualizado y aprobado las GPC más frecuentes del servicio.		
2	El Departamento / UPSS ha elaborado y aprobado las GPC más frecuentes del servicio.		
3	El Departamento / UPSS ha elaborado las GPA (Manual de procedimiento Médico) más frecuentes del servicio.		
4	% de uso de las Guías de Práctica Clínica		
5	% de uso de las Guías de Práctica Asistencial (Manual de Procedimientos Médico)		
6	El servicio cuenta con Manual de procesos y procedimientos del servicio aprobado y actualizado.		
7	El servicio implementa su Plan de Mejoramiento de Procesos, según su programación		
8	El Departamento/UPSS ha actualizado su Catalogo de Servicio		
9	El Departamento/UPSS realiza el registro y flujo adecuado de las referencias y contrareferencias		
10	El Departamento/UPSS cumple con la programación y distribución adecuada de Horas médicos considerando las actividades asistenciales, quirúrgicas, docencia y gestión		
11	El Departamento/UPSS tiene definido el procedimiento a seguir en caso que un médico por alguna razón no se presenta atender a los usuarios		
12	El Departamento/UPSS tiene definido el procedimiento a seguir en caso que un médico por alguna razón no esta atendiendo a los usuarios		
13	El Departamento /UPSS realiza periodicamente el análisis de la información (actividades asistenciales, de gestión, indicadores de desempeño clínico, entre otros), toma de decisiones y lo registra en Actas.		
14	El Departamento/UPSS realiza la segregación adecuada de los residuos sólidos comunes y biocontaminados (Bolsa Rojas, Negras, amarillas con tapas)		
15	El Departamento/UPSS dispone de medicamentos e insumos trazadores en condiciones de Normoestock para la atención Directa y de soporte a los pacientes.		
16	El personal de salud aplica la normatividad de Historia Clínica: llenado adecuado, letra legible, firma y sello de responsables, uso de formato de consentimiento informado, entre otros aspectos.		
17	El Departamento / UPSS cuenta con instrumentos de Monitoreo y Evaluación del desempeño de la Gestión Clínica y los aplica periodicamente.		
18	El Departamento / UPSS realiza periodicamente Auditoría Médicas en coordinación con el área de calidad y el Comité de Auditoría Médica.		



Anexo N° 02
Matriz de Evaluación de Objetivos a través de los Indicadores de Cumplimiento

Objetivos	Indicadores
<p>Objetivo General: Elevar los niveles de eficiencia, eficacia y calidad de las prestaciones, reorientando la atención médica a las necesidades de los pacientes a través de buenas prácticas clínicas, que tomen en cuenta a todo el equipo de salud, e integren el proceso de atención a la gestión de recursos, insumos y resultados.</p>	<p>Mejora de los Indicadores de desempeño y Rendimiento Clínico de las Unidades Productoras de Servicios de Salud de Atención Directa y de Soporte</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Rendimiento Horas Médico en consulta ▪ Concentración de consultas por departamento ▪ % de consulta externa de morbilidad compleja ▪ % de demora media para la cita de Consulta Externa ▪ Razón de emergencias por consultas médicas. ▪ Porcentaje de medicamentos disponibles. <p>Mejora de la satisfacción de Usuario Externo</p> <p>Mejora de la satisfacción de Usuario Interno (Clima organizacional)</p> <p>Disminución de los Tiempos de Espera en las áreas críticas</p> <p>Tasa de prevalencia de Infecciones Intrahospitalaria</p>



Anexo N° 02
Matriz de Evaluación de Objetivos a través de los Indicadores de Cumplimiento

Objetivo Específico N° 1: Fortalecimiento de la Gestión Clínica, como estrategia para mejorar la calidad de atención y eficiencia de la gestión.

Compromisos - Objetivos e Indicadores a alcanzar en Actividad y Calidad Asistencial, (Estandarización de la práctica clínica)	Unidad Medida	Línea de Base	Meta Anual
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Actualización, validación y aprobación de Guías de Prácticas Clínicas de las patologías más frecuentes de las diferentes UPSS de atención directa y de Soporte ▪ Diseño, validación y aprobación de nuevas Guías de Prácticas Clínicas de las patologías más frecuentes de las diferentes UPSS de atención directa y de Soporte ▪ Actualización, validación y aprobación de los Manuales de Procedimiento Médico más frecuentes de las UPSS de atención directa y de Soporte ▪ Diseño, validación y aprobación de nuevos Manuales de Procedimiento Médico más frecuentes de las UPSS de atención directa y de Soporte ▪ Manejo estandarizado de las patologías más frecuentes de los Departamentos / UPSS ▪ Manejo estandarizado de los procedimientos médicos-quirúrgicos más frecuentes de los UPSS de atención directa y de Soporte ▪ Proyectos de Investigación elaborados y en curso de implementación 	<p>Guías de Práctica Clínica</p> <p>Guías de Práctica Clínica</p> <p>Guías de Práctica Asistencial</p> <p>Guías de Práctica Asistencial</p> <p>Historias Clínicas</p> <p>Historias Clínicas</p> <p>Trabajos de Investigación</p>		<p>5</p> <p>5</p> <p>3</p> <p>3</p> <p>100%</p> <p>100%</p> <p>2</p>
<p>Compromisos - Objetivos e Indicadores a alcanzar en Calidad (Procesos relacionados a Calidad de Atención) *</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Calidad de Atención es Política de la Gestión ▪ Estudios de satisfacción de usuario externo realizado ▪ Estudios de Clima Organizacional en las UPSS realizados ▪ Mediciones de los Tiempos de espera en las áreas críticas ▪ Inicio del Proceso de Acreditación ▪ Proyectos de Mejora Continua Institucionalizados ▪ Realización de Auditoría Médica en las UPSS ▪ Plan de Acciones para reducir la incidencia de Infecciones Intrahospitalaria ▪ Control de riesgos, mediante revisiones regulares de sus instalaciones en aspectos tales como: accesos, material antiincendios, electricidad, agua, calefacción, informática, etc. 	<p>Informe</p> <p>Informe</p> <p>Informe</p> <p>Informe</p> <p>Informe</p> <p>Informe</p> <p>Informe</p> <p>Informe</p>	<p>Línea de Base</p>	<p>01</p> <p>01</p> <p>01</p> <p>01</p> <p>01</p> <p>01</p> <p>03</p> <p>01</p> <p>01</p>

* Se realizaran en coordinación con la Oficina de Calidad



Anexo N° 02
Matriz de Evaluación de Objetivos a través de los Indicadores de Cumplimiento

Objetivo Específico N° 1: Fortalecimiento de la Gestión Clínica, como estrategia para mejorar la calidad de atención y eficiencia de la gestión.

Compromisos - Objetivos e Indicadores a alcanzar en Gestión de Recursos (procesos relacionados a la gestión de Recursos Humanos, Tecnológicos y Organizacionales)	Unidad Medida	Línea de Base	Meta Anual
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Consolidado adecuado de la programación de horas médico ▪ Diseño y ejecución del Plan de Desarrollo de las Personas PDP en los Departamentos priorizados ▪ Disponibilidad de Recursos Humanos (cierres de brecha) ▪ Inicio de Consulta ▪ % Consultorios Libres ▪ Evaluación de la Tecnología Sanitaria y su implicancia social, económica. ▪ % de bloqueos de citas ▪ Cuentan con cartera de servicios y Consentimiento Informado Actualizado ▪ Diseño y/o actualización, validación y aprobación de los Manuales de Proceso de Atención (flujos) de las áreas críticas. ▪ Diseño, validación y aprobación de Proyectos de Mejora en función a los nudos críticos identificados ▪ Sistema de referencia implementado (transporte y comunicaciones) y organizado (flujos, cartera) 	<ul style="list-style-type: none"> Reporte Documento Reporte Informe Informe Informe Informe Informe Manual Proyecto Informe 	<ul style="list-style-type: none"> 01 8.30am 0 Línea de Base 	<ul style="list-style-type: none"> 12 01 10% 8.00am 0% 01 0% 1 02 01 01 Meta Anual
Indicadores (Procesos relacionados a la gestión eficiente de los Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios)			
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Disponibilidad de Medicamentos ▪ Buenas Prácticas de Almacenamiento en servicio de expendio ▪ Recetas Atendidas ▪ % de disponibilidad de insumos para la atención en UPSS de atención directa y de Soporte ▪ % de disponibilidad de medicamentos trazadores para la atención en UPSS de atención directa y de Soporte ▪ % de uso de la DCI ▪ % de Receta mal elaborada por el médico 	<ul style="list-style-type: none"> Reporte SISMED Reporte Recetas Reporte SISMED Reporte SISMED Informe Receta 	<ul style="list-style-type: none"> 82% 80% 	<ul style="list-style-type: none"> 90% 90% 100% 100% 100% 100% 0%



Anexo N° 03

Matriz de Programación de Actividades Operativas

Objetivo General:

Elevar los niveles de eficiencia, eficacia y calidad de las prestaciones, reorientando la atención médica a las necesidades de los pacientes a través de buenas prácticas clínicas, que tomen en cuenta a todo el equipo de salud, e integren el proceso de atención a la gestión de recursos, insumos y resultados.

Objetivo Específicos N° 01:

Fortalecimiento de la Gestión Clínica, como estrategia para mejorar la calidad de atención y eficiencia de la gestión.

Estrategia N° 1.1: Se trabaja en una nueva metodología de mejora de la calidad de las prestaciones basada en la estandarización de la práctica clínica para disminuir la variabilidad clínica (MBE, GPC, MP-MQ)

Actividades Operativas	Resp	Resultado	UM	Meta	Cronograma 2014 (Trimestre)				Meta Ppto. PIM
					IV	III	II	I	
1. Realizar inventario de las Guías de Práctica Clínica, Manuales de Procedimientos Médico Quirúrgico	UPSS	Se aplican buenas prácticas de atención en las UPSS prioritizadas.	Informe	01					
2. Actualizar las Guías de Práctica Clínica y Manuales de Procedimientos MQ.	UPSS		Informe	04		2	1		
3. Identificación de las 10 primeras causas de morbilidad y procedimientos Médico Quirúrgico en UPSS CE y UPSS Apoyo al Diagnóstico	UPSS		Reporte Estadístico	01					
4. Diseño de dos GPC y MP-MQ.	UPSS		Documento	02		1			
5. Manejo Estandarizado de las Patologías más frecuentes	UPSS		Historias Clínicas	10			5	5	
6. Manejo Estandarizado de los Procedimientos Médico más frecuentes	UPSS		Historias Clínicas	4			2	2	
7. Se trabaja en una Gestión de Proceso a través de la aplicación de la NT de Acreditación.	UPSS		Informe	01				1	
8. Impulso a acciones de Calidad (Seguridad del Paciente, medición de tiempos de espera, satisfacción de usuario externo, clima organizacional, Auditoría de la Calidad, entre otros)	UPSS /Calidad		Informes	02			1	1	
9. Se cumple las condiciones mínimas de funcionamiento de la UPSS de acuerdo a la normatividad vigente.	UPSS		Informe	01				1	



Anexo N° 03

Matriz de Programación de Actividades Operativas

Objetivo General:

Elevar los niveles de eficiencia, eficacia y calidad de las prestaciones, reorientando la atención médica a las necesidades de los pacientes a través de buenas prácticas clínicas, que tomen en cuenta a todo el equipo de salud, e integren el proceso de atención a la gestión de recursos, insumos y resultados.

Objetivo Específicos N° 01:

Fortalecimiento de la Gestión Clínica, como estrategia para mejorar la calidad de atención y eficiencia de la gestión.

Estrategia N° 1.2: Se trabaja en una metodología de mejora de la eficiencia basada en buenas prácticas de gestión de recursos (recursos humanos)

Actividades Operativas	Resp	Resultado	UM	Meta	Cronograma 2014 (Trimestre)				Meta Presupuestal PIM
					IV	I	II	III	
1. Se cuenta con inventario actualizado de los recursos humanos disponibles en la UPSS priorizadas	UPSS	Manejo eficiente de los recursos humanos en UPSS priorizada	Informe	01					
2. Se realiza la programación y distribución adecuada de los recursos humanos (consultorio externo, investigación, docencia, procedimientos, gestión clínica)	UPSS		Informe	04		1	1	1	1
3. Se verifica la permanencia y hora de inicio de la Consulta Externa	UPSS		Reporte	04				1	1
4. Se trabaja en el desarrollo de capacidades del Recurso Humano.	UPSS		Informe	02				1	
5. Se trabaja en mejora de las condiciones de trabajo digno (sueldos, incentivos, etc)	UPSS/OERH		Informe	02					1
6. Se analiza el cumplimiento de los Indicadores de Rendimiento Horas Médico	UPSS/OEI		Boletín	6				3	3
7. Se analiza el cumplimiento de los Indicadores de Procedimientos por hora médico/enfermera	UPSS/OEI		Reporte OEI	6				3	3
8. Se promueve política de reconocimientos y estímulos vinculados a resultados y metas cumplidas.	UPSS/DG		Informe	2				1	1



Anexo N° 03
Matriz de Programación de Actividades Operativas

Objetivo General:

Elevar los niveles de eficiencia, eficacia y calidad de las prestaciones, reorientando la atención médica a las necesidades de los pacientes a través de buenas prácticas clínicas, que tomen en cuenta a todo el equipo de salud, e integren el proceso de atención a la gestión de recursos, insumos y resultados.

Objetivo Específicos N° 01:

Fortalecimiento de la Gestión Clínica, como estrategia para mejorar la calidad de atención y eficiencia de la gestión.

Estrategia N° 1.2: Se trabaja en una metodología de mejora de la eficiencia basada en buenas prácticas de gestión de recursos (recursos tecnológicos)

Actividades Operativas	Resp	Resultado	UJM	Meta	Cronograma 2014 (Trimestre)				Meta Presupuestal PIM
					IV	I	II	III	
1. Institucionalizar un Sistema de Gestión de la Tecnología Sanitaria	DG/Eq. Gestión	Sistema de Gestión Tecnológica Institucionalizado en el HVLH	Informe	01					1
2. Aplicar la Cartera de Servicios del Hospital para la Gestión del Sistema de Referencia y Contrarreferencia	UPSS		Informe	01					1
3. Identificar y priorizar los Recursos Tecnológicos más demandados	UPSS	Informe de Evaluación de Tecnología Sanitaria	Informe	01					1
4. Realizar evaluación de la Tecnología Sanitaria y su implicancia social, económica.	UPSS		Informe	01					1



Anexo N° 03
Matriz de Programación de Actividades Operativas

Objetivo General:

Elevar los niveles de eficiencia, eficacia y calidad de las prestaciones, reorientando la atención médica a las necesidades de los pacientes a través de buenas prácticas clínicas, que tomen en cuenta a todo el equipo de salud, e integren el proceso de atención a la gestión de recursos, insumos y resultados.

Objetivo Específicos N° 01:

Fortalecimiento de la Gestión Clínica, como estrategia para mejorar la calidad de atención y eficiencia de la gestión.

Estrategia N° 1.2: Se trabaja en una metodología de mejora de la eficiencia basada en buenas prácticas de gestión de recursos (recursos organizacionales)

Actividades Operativas	Resp	Resultado	UM	Meta	Cronograma 2014 (Trimestre)				Meta Presupuestal PIM		
					IV	I	II	III		IV	
1. Identificar los procesos de atención (pre atención, atención y pos atención) más críticos de las UPSS prioritizadas	UPSS / Calidad	Mejora de los tiempos de espera en las UPSS prioritizadas. Sistema de Referencia y Contrareferencia eficiente.	Informe	01				1			
2. Diseñar proyectos y/o planes de mejora de los procesos de atención.	UPSS / Calidad						1		1		
3. Diseñar y actualizar la Cartera de Servicios y Consentimiento Informado	DEPP									1	
4. Fortalecer la organización del sistema de referencia y contrareferencia (flujos de atención)	UPSS / U. RF Y CRF										1
5. Fortalecer la implementación del sistema de referencia y contrareferencia (transporte, comunicación, recursos. humanos.)	UPSS / U. RF Y CRF										1



Anexo N° 03
Matriz de Programación de Actividades Operativas

Objetivo General:

Elevar los niveles de eficiencia, eficacia y calidad de las prestaciones, reorientando la atención médica a las necesidades de los pacientes a través de buenas prácticas clínicas, que tomen en cuenta a todo el equipo de salud, e integren el proceso de atención a la gestión de recursos, insumos y resultados.

Objetivo Específicos N° 01:

Fortalecimiento de la Gestión Clínica, como estrategia para mejorar la calidad de atención y eficiencia de la gestión.

Estrategia N° 1.2: Se trabaja en una metodología de mejora de la eficiencia basada en buenas prácticas de gestión de recursos (Productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios)

Actividades Operativas	Resp	Resultado	UM	Meta	Cronograma 2014 (Trimestre)				Meta Presupuestal PIM
					IV	I	II	III	
1. Identificación de los productos sanitarios de mayor demanda de los Departamentos y UPSS	UPSS	Disponibilidad adecuada de Productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios)	Informe	01					
2. Realizar la proyección anual de demanda de medicamentos e insumos de acuerdo al perfil de demanda y en el marco del petitorio nacional	UPSS		Informe	02			1		
3. Gestión adecuada de los Productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios (programación, adquisición, almacenamiento y distribución oportuna.	Logística		Informe	02				1	
4. Uso adecuado de la Receta Única Estandarizada y acorde al DCI	UPSS		Receta atendida	100%			X	X	X
5. Fortalecer las buenas prácticas de almacenamiento (BPA) de Productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios)	Logística		Cumplimiento gradual de las BPA	Informe	90%			X	X



Anexo N° 03
Matriz de Programación de Actividades Operativas

Objetivo General:

Elevar los niveles de eficiencia, eficacia y calidad de las prestaciones, reorientando la atención médica a las necesidades de los pacientes a través de buenas prácticas clínicas, que tomen en cuenta a todo el equipo de salud, e integren el proceso de atención a la gestión de recursos, insumos y resultados.

Objetivo Específicos N° 01:

Fortalecimiento de la Gestión Clínica, como estrategia para mejorar la calidad de atención y eficiencia de la gestión.

Estrategia N° 1.3: Se han fortalecido los procesos de control de la gestión clínica (auditorías, monitoreo y evaluación y suscripción de compromisos de gestión).

Actividades Operativas	Resp	Resultado	UM	Meta	Cronograma 2014 (Trimestre)				Meta Presupuestal PIM
					IV	I	II	III	
1. Identificar y validar los indicadores de servicios hospitalarios (eficiencia, calidad y efectividad)	UPSS / Calidad	Sistema de Monitoreo, evaluación y Auditoría en implementación	Informe	01				1	
2. Aprobar el listado de Indicadores de Monitoreo y Evaluación de las UPSS priorizadas	UPSS / Calidad		Informe	01				1	
3. Preparar Ficha Técnica de Indicadores de monitoreo y evaluación.	UPSS / OEPP		Informes	01				1	
4. Realizar mediciones de tiempos de espera y satisfacción de usuario interno y externo.	UPSS / Calidad		Informe	02				1	
5. Aplicación y Seguimiento de Auditoría de la Calidad	UPSS / Calidad		Informes	02				1	
6. Diseño, validación y aprobación de Acuerdos de Gestión entre la Dirección General y las UPSS priorizadas	UPSS / OEPP	Acuerdos de Gestión validados y aprobados	Acuerdos Gestión aprobado	02				1	
7. Diseñar, aprobar y aplicar Tablero de Comando Integral para hacer seguimiento de indicadores de monitoreo y evaluación.	UPSS / OEI	Tablero de Comando Integral Operativo	TCI aprobado	01				1	
8. Presentación en rendiciones de cuenta periódica de los avances de los compromisos asumidos	UPSS/OE PP	Informe de Rendición de cuentas.	Informe	02				1	



Anexo N° 03
Matriz de Programación de Actividades Operativas

Objetivo General:

Elevar los niveles de eficiencia, eficacia y calidad de las prestaciones, reorientando la atención médica a las necesidades de los pacientes a través de buenas prácticas clínicas, que tomen en cuenta a todo el equipo de salud, e integren el proceso de atención a la gestión de recursos, insumos y resultados.

Objetivo Específicos N° 01:

Fortalecimiento de la Gestión Clínica, como estrategia para mejorar la calidad de atención y eficiencia de la gestión.

Estrategia N° 1.2: Se trabaja en una metodología de mejora de la eficiencia basada en buenas prácticas de gestión de recursos (Productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios)

Actividades Operativas	Resp	Resultado	UM	Meta	Cronograma 2014 (Trimestre)				Meta Presupuestal PIM
					IV	III	II	I	
1. Identificación de los productos sanitarios de mayor demanda de los Departamentos y UPSS	UPSS	Disponibilidad adecuada de Productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios)	Informe	01					
2. Realizar la proyección anual de demanda de medicamentos e insumos de acuerdo al perfil de demanda y en el marco del petitorio nacional	UPSS		Informe	02			1		
3. Gestión adecuada de los Productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios (programación, adquisición, almacenamiento y distribución oportuna.	Logística		Informe	02			1		
4. Uso adecuado de la Receta Única Estandarizada y acorde al DCI	UPSS		Receta atendida	100%				x	x
5. Fortalecer las buenas prácticas de almacenamiento (BPA) de Productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios)	Logística		Informe	90%				x	x



Anexo N° 03
Matriz de Programación de Actividades Operativas

Objetivo General:

Elevar los niveles de eficiencia, eficacia y calidad de las prestaciones, reorientando la atención médica a las necesidades de los pacientes a través de buenas prácticas clínicas, que tomen en cuenta a todo el equipo de salud, e integren el proceso de atención a la gestión de recursos, insumos y resultados.

Objetivo Específicos N° 01:

Fortalecimiento de la Gestión Clínica, como estrategia para mejorar la calidad de atención y eficiencia de la gestión.

Estrategia N° 1.3: Se han fortalecido los procesos de control de la gestión clínica (auditorías, monitoreo y evaluación y suscripción de compromisos de gestión.

Actividades Operativas	Resp	Resultado	UM	Meta	Cronograma 2014 (Trimestre)				Meta Presupuestal PIM
					IV	I	II	III	
1. Identificar y validar los indicadores de servicios hospitalarios (eficiencia, calidad y efectividad)	UPSS / Calidad	Sistema de Monitoreo, evaluación y Auditoría en implementación	Informe	01					
2. Aprobar el listado de Indicadores de Monitoreo y Evaluación de las UPSS priorizadas	UPSS / Calidad		Informe	01		1			
3. Preparar Ficha Técnica de Indicadores de monitoreo y evaluación.	UPSS / OEPP		Informes	01		1			
4. Realizar mediciones de tiempos de espera y satisfacción de usuario interno y externo.	UPSS / Calidad		Informe	02				1	
5. Aplicación y Seguimiento de Auditoría de la Calidad	UPSS / Calidad		Informes	02				1	
6. Diseño, validación y aprobación de Acuerdos de Gestión entre la Dirección General y las UPSS priorizadas	UPSS / OEPP		Acuerdos de Gestión validados y aprobados	02					
7. Diseñar, aprobar y aplicar Tablero de Comando Integral para hacer seguimiento de indicadores de monitoreo y evaluación.	UPSS / OEI		Tablero de Comando Integral Operativo	01		1			
8. Presentación en rendiciones de cuenta periódica de los avances de los compromisos asumidos	UPSS/OE PP		Informe de Rendición de cuentas.	02				1	1



ANEXO 04

LISTA DE ACRÓNIMOS Y ABREVIATURA

AEM	Almacén Especializado de Medicamentos
APS	Atención Primaria de Salud
APS-R	Atención Primaria de Salud Renovada
AT	Asistencia Técnica
AUS	Aseguramiento Universal en Salud
ICI	Informe de Consumo Integrado
DISA	Dirección de Salud
GPC	Guía de Práctica Clínica
HC	Historia Clínica
HVLH	Hospital Víctor Larco Herrera
MAIS	Modelo de Atención Integral de Salud
MAIS-BFC	Modelo de Atención Integral de Salud basado en Familia y Comunidad.
MP-MQ	Manual de Procedimientos Médico Quirúrgico
MINSA	Ministerio de Salud.
NTS-GPC	Norma Técnica de Salud, Guía de Práctica Clínica.
PDP	Plan de Desarrollo de las Personas
PPR	Presupuesto por Resultado
PSL	Plan de Salud Local
PEI	Plan Estratégico Institucional
POA	Plan Operativo Anual
PNUME	Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales.
RM	Resolución Ministerial
RENAES	Registro Nacional de Establecimientos de Salud
SISMED	Sistema de Medicamentos
SR -CR	Sistema de Referencia y Contrareferencia
UPSS	Unidad Productora de Servicios de Salud



IX. BIBLIOGRAFIA

- 9.1. Ministerio de Salud del Perú. Catálogo de Servicios Médicos y Estomatológicos y URV. MINSA-2008.
- 9.2. Catálogo de Servicios del Hospital Víctor Larco Herrera.
- 9.3. Oteo, Luis Ángel. Gestión Clínica. Desarrollo e instrumentos. Díaz de Santos. Madrid. 2006.
- 9.4. Oteo, Luis Ángel. Gestión Clínica. Gobierno Clínico. Díaz de Santos. Madrid. 2006
- 9.5. Oficina de Estadística e Informática. Informe Mensual de indicadores de Gestión. HVLH Lima 2013.
- 9.6. Oficina de Epidemiología. Análisis de Situación de Salud. HVLH Lima 2013.

