



Resolución Directoral

Santa Anita, 26 de Febrero del 2021

VISTO:

El Expediente N° 21MP-01385 e Informe N° 017/OGC-HHV/2021 sobre aprobación del Plan de Gestión de la Calidad del Hospital Hermilio Valdizán – 2021;

CONSIDERANDO:

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

Que, mediante Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, se aprueba el Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud", cuya finalidad es estandarizar conceptos y uniformizar las herramientas técnicas para la mejora continua de la calidad a los servicios y establecimientos de salud, así como contribuir a fortalecer los procesos de mejora continua de la calidad en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo; y con Resolución Ministerial N° 640-2006/MINSA, se aprueba el "Manual para la Mejora Continua de la Calidad";

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

Que, con Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, se aprobó el Documento Técnico "Política Nacional de Calidad en Salud" cuya finalidad es contribuir a la mejora de la calidad de la atención de salud en las organizaciones proveedoras de servicios de salud mediante la implementación de directrices emanadas de la Autoridad Sanitaria Nacional;

Que, por Resolución Ministerial N° 095-2012/MINSA, se aprueba la "Guía Técnica para la Elaboración de Proyectos de Mejora y Aplicación de Técnicas y Herramientas para la Gestión de la Calidad", a fin de contribuir a la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud y sus actividades dirigidas a la mejora continua de los procesos a través de la aplicación de técnicas y herramientas para la gestión de la calidad;

Que, con Resolución Ministerial N° 502-2016/MINSA, se aprueba la NTS N° 029-MINSA/DIGEPRES-V.02 "Norma Técnica de Salud en Auditoría de la Calidad de la atención en salud", cuya finalidad es contribuir a mejorar la calidad de atención en todos los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo del sector salud;

Que, mediante documento de visto la Oficina de Gestión de la Calidad remite el Plan de Gestión de la Calidad del Hospital Hermilio Valdizán 2021, el cual tiene como finalidad: Establecer los objetivos resultados y actividades orientadas a la mejora continua de los procesos estratégicos, misionales y de apoyo del Hospital Hermilio Valdizán; y como Objetivo general, mejorar la calidad de los servicios de salud en el Hospital mediante la implementación del sistema de gestión de calidad;

Que, el artículo 17° del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Hermilio Valdizán, aprobado mediante Resolución Ministerial N° 797-2003-SA/DM, señala que la Oficina de Gestión de la Calidad es la encargada de implementar y promover la mejora continua de la atención asistencial y administrativa al usuario, con la participación activa del personal; por lo que se hace necesario expedir el respectivo acto resolutorio;





En uso de las facultades conferidas por el Artículo 11° inciso c) del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Hermilio Valdizán, aprobado por la Resolución Ministerial N° 797-2003-SAVDM; y, contando con la visación de la Dirección Ejecutiva de Administración, Oficina de Gestión de la Calidad y Oficina de Asesoría Jurídica del Hospital;

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- APROBAR el **PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD DEL HOSPITAL HERMILIO VALDIZÁN**, periodo 2021, el cual consta de quince (15) páginas, y forma parte integrante de la presente resolución.

Artículo 2.- DISPONER que la Oficina de Gestión de la Calidad, difunda e implemente el mencionado Plan, asimismo informará semestralmente a la Dirección General sobre su desarrollo.

Artículo 3°.- ENCARGAR a la Oficina de Estadística e Informática, la publicación de la presente Resolución en el Portal Web Institucional del Hospital Hermilio Valdizán.

Regístrese, Comuníquese y Archívese

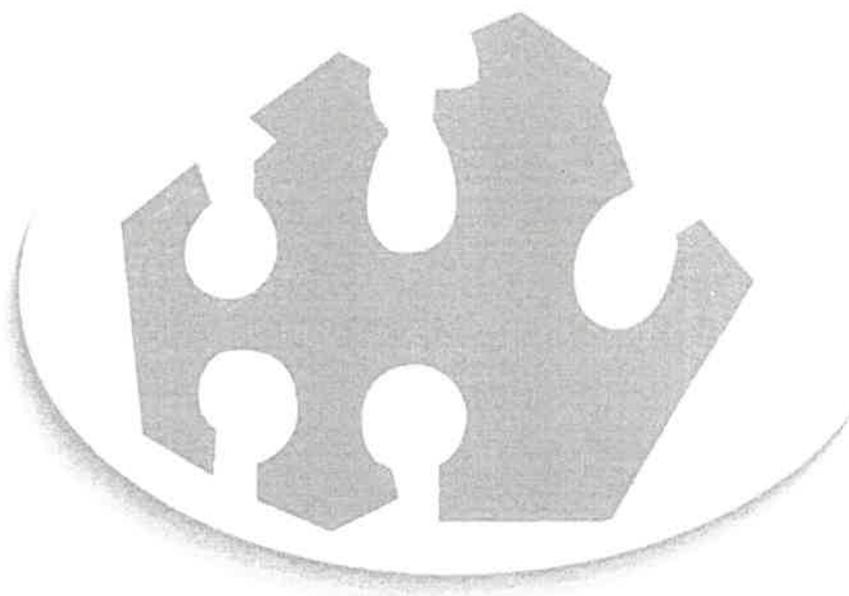
MINISTERIO DE SALUD
Hospital Hermilio Valdizán

.....
M.C. Gloria Luz Cueva Vergara
Directora General (e)
C.M.P N° 24499 R.N.E. 12799

GLCV.
DISTRIBUCION:
SDG
OGC
OEPE
OAJ
INFORMATICA



MINISTERIO DE SALUD HOSPITAL HERMILIO VALDIZÁN



PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD 2021

EQUIPO DE LA OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

Dra. Giovanna Zapata Coacalla

Dr. John Loli Depaz

Lic. Víctor Ramón García Herbozo

Lic. Lidia Aguilar Romero (PAUS)

Lic. Alva Vitor Tolentino (PAUS)

Lic. Karim León Liza (PAUS)

Sec. Miriam Loayza Alosilla





Índice

	Pág.
I. INTRODUCCIÓN	2
II. FINALIDAD	4
III. OBJETIVOS	4
IV. BASE LEGAL	5
V. ÁMBITO DE APLICACIÓN	6
VI. NATURALEZA, FINES Y MISION DE LA OFICINA DE GESTION DE LA CALIDAD	6
VII. LINEAS O EJES DE ACCION DEL SISTEMA GENERAL DE CALIDAD	8
VIII. ACCIONES PRIORITARAS	10
IX. ACTIVIDADES Y TAREAS	10
X. RESPONSABILIDAD	12
XI. CRONOGRAMA	13





I. INTRODUCCIÓN

El Hospital Hermilio Valdizán, es un hospital de Nivel III-1 de complejidad, especializada en la prestación de servicios de Psiquiatría y Salud Mental que tiene como uno de sus objetivos generales, el de “Mejorar continuamente la calidad, productividad, eficiencia y eficacia de la atención a la salud mental, estableciendo las normas y los parámetros necesarios, así como generar una cultura organizacional con valores y actitudes hacia la satisfacción de las necesidades y expectativas del paciente y su entorno familiar”.

Durante el año 2020 el Hospital Hermilio Valdizán se ha visto afectado por la pandemia por covid 19 con la interrupción de las consultas presenciales en los diferentes servicios como Consulta Externa de Psiquiatría General , Consulta Externa de Psiquiatría de Adicciones, Consulta Externa de Psiquiatría Infantil, Consulta Externa del Departamento de Análisis y Modificación del Comportamiento DAMOC, Consulta Externa del Departamento de Salud Mental en Familia, consultas del Departamento de Rehabilitación en Salud Mental, consultas del Servicio de Psicología Diagnóstico. La forma en que el Hospital respondió ante la situación es hacer uso de la Telemedicina con la finalidad de posibilitar el tratamiento a todos nuestros pacientes.

La pandemia ha permitido ver de manera clara la terrible situación sanitaria de nuestro país que nos ha impedido responder de manera adecuada a la emergencia sanitaria a la cual nuestro hospital no es ajeno. En este contexto es necesario reflexionar acerca de la necesidad de tener una cultura de calidad grabado en nuestro ser que nos permita utilizar nuestros recursos buscando siempre mejorar la calidad de nuestros servicios.



La Oficina de Gestión de la Calidad está comprometida en continuar trabajando en la mejora continua de todos los procesos asistenciales y administrativos ya que es una exigencia moral, individual y organizacional.



Por lo que pone a consideración el presente Plan de Gestión de la Calidad 2021 del Hospital Hermilio Valdizán, el cual parte del informe final del año 2020 en nuestros diferentes ejes estratégicos como son: Gestión de las Relaciones con el usuario externo, Gestión del riesgo y seguridad del paciente, Autoevaluación en el marco de la acreditación, Auditoría de la Calidad de Atención en Salud y Mejora Continua. La evaluación de estos diferentes ejes estratégicos nos ha permitido identificar brechas de desempeño del hospital respecto a estándares previamente definidos, brechas que al ser subsanadas permiten mejorar la calidad de atención en el hospital.





II. FINALIDAD:

El presente plan tiene como finalidad establecer los objetivos, resultados y actividades orientadas a la mejora continua de los procesos estratégicos, misionales y de apoyo, del Hospital Hermilio Valdizán para el periodo 2021.

III. OBJETIVOS:

3.1 Objetivo General

Mejorar la calidad de los servicios de salud en el HHV, mediante la implementación del Sistema de Gestión de Calidad

3.2 Objetivos Específicos:

- Desarrollar el proceso de Autoevaluación para la acreditación y/o certificación de la IPRESS.
- Promover la cultura por la mejora continua de la calidad impulsando el desarrollo de Proyectos de Mejora Continua de la Calidad en base a las recomendaciones de las líneas de acción desarrolladas por la Oficina de Gestión de la Calidad
- Determinar el nivel de satisfacción de los usuarios externos mediante la aplicación de la encuesta SERVQUAL.
- Promover y fortalecer la seguridad del paciente mediante la implementación del sistema de registro, notificación y análisis de la ocurrencia de eventos adversos.
- Promover una cultura de seguridad basada en el aprendizaje del error mediante la realización de las Rondas de Seguridad del Paciente.
- Realizar la Auditoria de la Calidad de Atención en el HHV como instrumento de mejora de la calidad.





- Desarrollar mecanismos de escucha al usuario externo mediante el Libro de Reclamaciones y Buzón de Sugerencia orientado a la mejora de la calidad de atención.

IV. BASE LEGAL

- Ley N° 26842, Ley General de Salud
- Ley N° 29414, Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud.
- Resolución Ministerial N° 1263-2004/MINSA, Lineamientos para la Organización y Funcionamiento de la Estructura de Calidad de los Hospitales del MINSA.
- Decreto Supremo N° 013-2006-SA, aprobó el “Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- Resolución Ministerial N° 502-2016/MINSA, aprobó la N.T. N° 029-MINSA/DIGEPRES-V.02 “Norma Técnica de Salud de Auditoria de la Calidad de Atención en Salud”.
- Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, aprobó la NTS N° 050-MINSA/DGSP-V02 “Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo”.
- Resolución Ministerial N° 889-2007/MINSA, aprobó la Directiva Administrativa N° 123-MINSA/DGSP-V.01 “Directiva Administrativa para el Proceso de Auditoria de Caso de la Calidad de la Atención en Salud”.
- Resolución Ministerial N° 797-2003-SA/DM, aprobó el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Hermilio Valdizán.
- Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, aprobó el Documento Técnico “Política Nacional de Calidad en Salud”.
- Resolución Ministerial N° 527-2011/MINSA, aprobó la Guía Técnica para la evaluación de la Satisfacción del Usuario Externo en los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo”.





- Resolución Ministerial N° 095-2012/MINSA, aprobó Guía Técnica: “Guía para la elaboración de Proyectos de Mejora y la aplicación de Técnicas y Herramientas para la Gestión de la Calidad”.
- Resolución Ministerial N° 214-2018/MINSA, aprueba N.T. N° 139-MINSA/2018/DGAIN Norma técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica
- Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, aprueba el documento técnico de Sistema de Gestión de la Calidad en Salud
- Resolución Ministerial N° 270-2009/MINSA, aprueba la Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo
- Resolución Ministerial N° 255-2016/MINSA, aprueba la Guía Técnica para la Implementación del Proceso de Higiene de Manos en los Establecimientos de Salud Clínica
- RM Nro 163 – 2020 – MINSA, que aprueba la Directiva Sanitaria Nro 92 – MINSA/2020/DGAIN. “Directiva Sanitaria de Rondas de Seguridad del Paciente para la gestión del riesgo en la atención de salud”
- Decreto Supremo N° 002-2019-SA, Reglamento para la atención de reclamos y denuncias de los usuarios de IAFAS, IPRESS Y UGIPRESS, Públicas, Privadas y Mixtas.

V. AMBITO DE APLICACIÓN

El presente Plan es de aplicación en todos los órganos y/o unidades orgánicas del Hospital Hermilio Valdizán.

VI. NATURALEZA, FINES Y MISIÓN DE LA OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

a) Naturaleza y fines

Naturaleza:

La Oficina de Gestión de la Calidad es un órgano asesor de la Dirección General del Hospital Hermilio Valdizán.





Fines:

Según el Reglamento de Organización y Funciones, aprobado con Resolución Ministerial N° 797-2003-SA/DM, la Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital Hermilio Valdizán tiene las siguientes funciones:

- Proponer la inclusión de actividades e indicadores de calidad en los planes institucionales
- 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 de Salud o Dirección de Red de Salud según corresponda.
- 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.
- 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.

b) Misión de la Oficina de Gestión de la Calidad

Somos una unidad orgánica que depende de la Dirección General, encargada de implementar el sistema de gestión de la calidad en el hospital para promover la mejora continua de la atención asistencial y administrativa al usuario, con la participación activa del personal





VII. LINEAS O EJES DE ACCIÓN DEL SISTEMA GENERAL DE CALIDAD

Para el logro de sus objetivos la Oficina de Gestión de la Calidad desarrolla las siguientes líneas o ejes de acción:

AUTOEVALUACIÓN EN EL MARCO DE LA ACREDITACIÓN

Proceso de evaluación interna desarrollado por un grupo de evaluadores del hospital previamente capacitados quienes aplicando el listado de estándares para hospitales III-1 para 22 macroprocesos identifican fortalezas y áreas susceptibles de mejora.

La acreditación es el proceso de evaluación externa, periódico que se basa en la comparación del desempeño del hospital con un listado de estándares para hospitales III.1, orientado a promover la mejora continua de la calidad de atención.

AUDITORIA EN SALUD

Es uno de los mecanismos reconocidos para verificar, evaluar y mejorar la calidad de atención en los servicios de salud, constituyéndose así en una herramienta de mejoramiento continuo de procesos, enfatizando que no tiene objetivos punitivos y está orientada principalmente a proteger los derechos de los usuarios de nuestro hospital

GESTIÓN DEL RIESGO Y LAS BUENAS PRÁCTICAS EN SEGURIDAD DEL PACIENTE

La gestión del riesgo y seguridad del paciente es objetivo permanente de la Oficina de Calidad, ello se logrará mediante la reducción y mitigación de actos inseguros dentro del sistema de salud a través del uso de las mejores prácticas, que garanticen la obtención de óptimos resultados para el paciente. La ejecución de

rondas de seguridad y la vigilancia y monitoreo de eventos adversos constituyen los mecanismos o estrategias para lograr la seguridad del paciente





MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD

Constituye la razón de ser de la Oficina de Gestión Calidad, es un proceso permanente y gradual en toda la organización donde a partir de las brechas y problemas encontrados se desarrollan oportunidades de mejora continua de la calidad valiéndose de la metodología e instrumentos de la calidad.

GESTIÓN DE LAS RELACIONES CON EL USUARIO EXTERNO – PAUS

El Libro de Reclamaciones en Salud es un mecanismo de escucha al usuario externo que se pone a disposición de ellos para que registren sus reclamos y al cual se debe dar una respuesta para poder tomar las medidas correctivas y no vuelva a ocurrir situación similar en el futuro.

El buzón de sugerencias es un medio de escucha al usuario externo a través del cual podrá hacer llegar: Sugerencias, opiniones, reclamos, felicitaciones, etc. Sobre los diversos servicios que brinda el HHV diariamente. Esta información permitirá conocer los puntos débiles y ayudará a establecer planes y emprender acciones para la mejora de nuestro servicio.

MEDICIÓN DEL GRADO DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO EXTERNO.

La evaluación de la calidad de servicio desde la percepción del Usuario Externo constituye una medida de calidad del servicio a la vez que brinda información importante para acciones de mejora continua de la calidad de atención. Dicha evaluación se desarrolla mediante la encuesta SERVQUAL, una herramienta de escala multidimensional para evaluar la calidad del servicio, brindado en las Instituciones como el sector de Educación, Salud, y otros. desarrollado por Valerie A. Zeithaml, A. Parasuraman y Leonard L. Berry. Quienes sugieren que la comparación entre las expectativas generales de los usuarios y sus percepciones respecto al servicio que presta una Organización o Institución, puede constituir una medida de calidad del servicio y la brecha existente entre ambas como un indicador para mejorar.





VIII. ACCIONES PRIORITARIAS

Es prioridad entre otras acciones las siguientes:

- a) Continuar desarrollando el proceso de autoevaluación en el HHV en el marco de la acreditación.
- b) Promover y fortalecer el sistema de registro, notificación y análisis de la ocurrencia de eventos adversos
- c) Ejecutar las rondas de seguridad del paciente en los diferentes servicios asistenciales del hospital
- d) Realizar la auditoria de la calidad de atención en salud para fortalecer la calidad de servicio.
- e) Formular e implementar proyectos de mejora continua de la calidad.
- f) Determinar el nivel de satisfacción de usuario externo en consulta externa, hospitalización y emergencia para impulsar el desarrollo de proyectos de mejora continua de la calidad.
- g) Monitorear e implementar mejoras en base a las sugerencias registradas a través de los módulos de escucha al usuario (Plataforma de Atención al Usuario, Unidad de Buzón de Sugerencias y Libro de Reclamaciones).
- h) Realizar seguimiento y asistencia técnica a las observaciones hechas llegar a las diferentes unidades orgánicas en el proceso de mejora de la calidad en el hospital
- i) Implementar el uso de Protocolos de Atención, Guías de la Práctica Clínica, Manuales de Procedimientos para mejorar la calidad de atención.

IX. ACTIVIDADES Y TAREAS

9.1 AUTOEVALUACIÓN EN EL MARCO DE LA ACREDITACIÓN

- Conformar el Comité de Autoevaluación
- Formular el Plan de Autoevaluación 2021
- Conformar el Equipo de Autoevaluadores Internos
- Conformar el Equipo de Acreditación
- Realizar evento de capacitación a los autoevaluadores internos





- Ejecutar la autoevaluación en base a criterios y estándares de 22 macroprocesos
- Elaborar el informe de resultados, conclusiones y recomendaciones.
- Realizar seguimiento e implementación de las recomendaciones.

9.2 AUDITORIA EN SALUD

- Conformar el Comité de Auditoría de la Calidad en Salud
- Elaborar el Plan de Auditoría de la Calidad de Atención.
- Ejecutar acciones de auditoría
- Realizar seguimiento e implementación de recomendaciones

9.3 GESTIÓN DEL RIESGO Y LAS BUENAS PRÁCTICAS EN SEGURIDAD DEL PACIENTE

- Conformar el Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente
- Conformar el Comité de Evento Centinela
- Formular el Plan de Seguridad del paciente
- Elaborar un instrumento para análisis de comunicación interna y externa, ante presencia de evento centinela.
- Ejecutar las rondas de seguridad del paciente
- Emitir informe de resultados, conclusiones y recomendaciones de ronda de seguridad del paciente.
- Emitir informe de ocurrencias de eventos adversos
- Emitir informe de resultados, conclusiones y recomendaciones.

9.4 IMPLEMENTACIÓN PROYECTOS DE MEJORA CONTINUA

- Elaborar el plan de proyectos de mejora continua de la calidad.
- Formular proyectos de Mejora Continua de la Calidad
- Emitir informe técnico del proyecto de mejora continua





9.5 GESTIÓN DE LAS RELACIONES CON EL USUARIO EXTERNO: PAUS. LIBRO DE RECLAMACIONES Y BUZÓN DE SUGERENCIAS

- Conformar el Comité de Relaciones con el Usuario Externo
- Elaborar el Plan Plataforma de Atención al Usuario
- Fortalecer la continuidad de los módulos de escucha al usuario externo (buzón de sugerencia)
- Emitir informe técnico del módulo de escucha al usuario externo (buzón de sugerencia)
- Atender el Libro de Reclamaciones
- Realizar las Soluciones Inmediatas
- Elaborar informe periódico del Libro de Reclamaciones a la Dirección General
- Elaborar informe final de la Plataforma de Atención al Usuario

9.6 ENCUESTA SERVQUAL.

- Coordinar con la Oficina de Estadística para la selección de la muestra
- Ejecución de encuesta de Satisfacción de Usuario Externo en los servicios de consulta externa, hospitalización y emergencia
- Emitir informe final con los resultados, conclusiones y recomendaciones de la encuesta SERVQUAL

X. RESPONSABILIDADES

La unidad orgánica encargada de realizar el monitoreo, supervisión y evaluación de las acciones programadas en el Plan de Gestión de la Calidad 2021, es la Oficina de Calidad, para lo cual coordinará con los diferentes comités sobre el desarrollo de las diferentes dimensiones, promoviendo la evaluación, implementación de los reajustes y detectando los logros y dificultades.


Giovanna Zapata Coacalla
Médico Psiquiatra - Psicoterapeuta
C.M.P. 36635 R.N.E. 23990



XI. CRONOGRAMA

ACTIVIDAD	TAREA	U.M.	META ANUAL 2019	METAS PROGRAMADAS AL IV TRIMESTRE 2021												RESPONSABLES	
				E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D		
GESTIÓN DE PROCESOS PARA LA CERTIFICACIÓN Y/O ACREDITACIÓN DE LA IPRES	CONFORMACIÓN DE EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS Y EQUIPO DE ACREDITACIÓN	EQUIPOS APROBADOS CON RD	2	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Equipo de Acreditación, Equipo de Evaluadores Internos y Oficina de Gestión de la Calidad
	FORMULAR PLAN DE AUTOEVALUACION EN BASE A 22 MACROPROCESOS	PLAN	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Equipo de Acreditación, Equipo de Evaluadores Internos y Oficina de Gestión de la Calidad	
	DESARROLLAR EVENTO DE CAPACITACIÓN PARA EVALUADORES INTERNOS.	INFORME	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	Equipo de Acreditación, Equipo de Evaluadores Internos y Oficina de Gestión de la Calidad	
	EJECUTAR LA EVALUACIÓN INTERNA EN BASE A CRITERIOS Y ESTÁNDARES	ACCIÓN	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	Equipo de Acreditación, Equipo de Evaluadores Internos y Oficina de Gestión de la Calidad	
	ELABORAR INFORME DE RESULTADOS CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES Y SEGUIMIENTO	INFORME	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	Equipo de Acreditación, Equipo de Evaluadores Internos y Oficina de Gestión de la Calidad	
PROMOVER LA CULTURA POR LA MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD	ELABORAR EL PLAN DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD	PLAN	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Comité de Mejora Continua de la Calidad y Oficina de Gestión de la Calidad	
	IMPLEMENTACIÓN DE PROYECTO Y/O ACCIONES DE MEJORA EN RELACIÓN A LAS LINEAS DE ACCIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	INFORME	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	Comité de Mejora Continua de la Calidad y Oficina de Gestión de la Calidad		
	CAPACITACIÓN A PERSONAL DEL HOSPITAL EN PROYECTOS DE MEJORA CONTINUA	INFORME	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	Comité de Mejora Continua de la Calidad y Oficina de Gestión de la Calidad		
GESTIÓN DE LAS RELACIONES CON EL USUARIO	ELABORAR PLAN DE MEDICION DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO EXTERNO - SERVQUAL	PLAN	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Oficina de Gestión de la Calidad		





“Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia”

GESTIÓN DE LA PLATAFORMA DE ATENCIÓN AL USUARIO	ELABORAR EL PLAN DE AUDITORIA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN	PLAN	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Auditoría Médica, Comité de Auditoría en Salud y Oficina de Gestión de la Calidad
	EJECUTAR AUDITORIAS PROGRAMADAS	HC AUDITADA	04	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
	EJECUTAR AUDITORIAS DE CASO	HC AUDITADA	02	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
	EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LOS REGISTROS DE ATENCIÓN	HC EVALUADA	120	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
	EVALUACIÓN DE ADHERENCIA DE GUIAS DE LA PRACTICA CLINICA	INFORME	2	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
	ELABORAR EL PLAN DE PLATAFORMA DE ATENCIÓN AL USUARIO (BUZON DE SUGERENCIAS Y LIBRO DE RECLAMACIONES)	PLAN	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	FORTALECER LA CONTINUIDAD DEL MODULO DE ESCUCHA AL USUARIO EXTERNO (BUZON DE SUGERENCIA)	ACCION	12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	EMITIR INFORME TECNICO DEL MODULO DE ESCUCHA AL USUARIO EXTERNO (APERTURA DE BUZON DE SUGERENCIA)	INFORME	12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	EMITIR REPORTE DEL LIBRO DE RECLAMACIONES A AUTORIDAD DEL MINSA	INFORME	4	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1
	ELABORAR REPORTE DEL LIBRO DE RECLAMACIONES A OCI/HHV	INFORME	12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
ELABORAR INFORME DE GESTION DE PLATAFORMA DE ATENCION AL USUARIO	INFORME	4	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	

R. Zapata