



Resolución Directoral

Santa Anita, 22 de Febrero del 2022

VISTO:

El Expediente N° 22MP-00407 e Informe N° 007/OGC-HHV/2022 sobre aprobación del Plan de Gestión de la Calidad del Hospital Hermilio Valdizán – 2022;

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 aprobó el Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud", el cual tiene como objetivo: "Establecer los principios, normas, metodología y procesos para la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, orientado a obtener resultados para la mejora de la calidad de atención en los servicios de salud", siendo uno de sus procesos la seguridad del paciente;

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, por 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 objetivo general: "Establecer los lineamientos técnicos y metodológicos para realizar la auditoría de la calidad de la atención en salud en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, sean públicos, privados o mixtos";

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 unidad orgánica encargada de implementar el sistema de Gestión de la Calidad, para promover la mejora continua de la atención asistencial y administrativa al usuario; teniendo asignados entre sus objetivos funcionales: "Implementar las estrategias, metodologías e instrumentos de la calidad y mejora continua en los servicios" e "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", entre otros;



Que, mediante documento de visto la Oficina de Gestión de la Calidad remite el Plan de Gestión de la Calidad del Hospital Hermilio Valdizán 2022, 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 para el periodo 2022; y como Objetivo General: "Mejorar la calidad de los servicios de salud en el HHV, mediante la implementación del Sistema de Gestión de Calidad";

Que, mediante Informe N° 009-UPGI-OEPE-HHV-2022, del 17 de febrero del 2022, la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico emite opinión favorable al citado Plan, por cumplir con la estructura de los planes específicos según el numeral 6.6 de la Directiva Administrativa N° 280-MINSA /2019/OGPPM: Directiva Administrativa para la "Formulación, seguimiento y evaluación de los Planes Específicos de los Órganos, Unidades Órganicas de la Administración Central, los Órganos Desconcentrados, Programa y Organismos Públicos Adscritos del MINSA", por lo que se hace necesario la emisión del respectivo acto resolutivo;

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-SA/DM; 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 2022, el cual consta de dieciseis (16) páginas y dos (02) anexos; formando 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 trimestralmente 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 Publíquese,

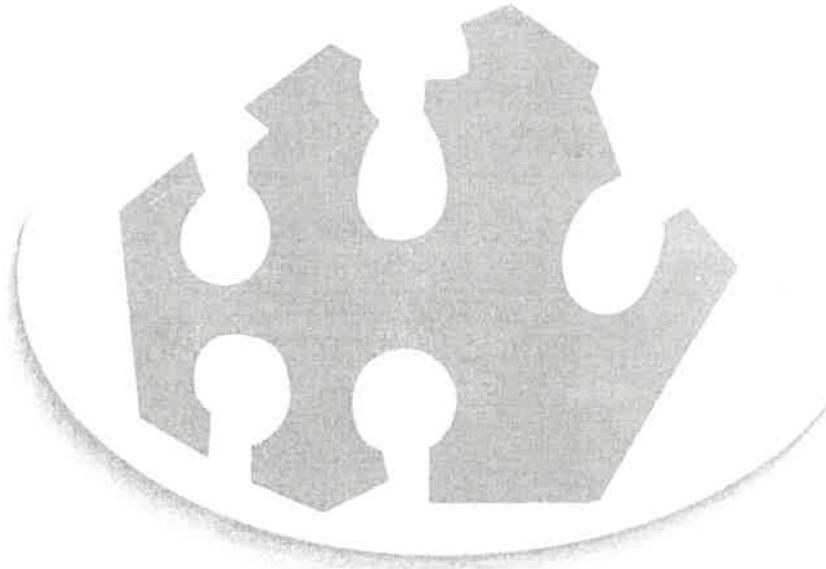
MINISTERIO DE SALUD
Hospital Hermilio Valdizán

M.C. Gloria Luz Cueva Vergara
Directora General (e)
C.M.P N° 21499 R.N.E. 12799

GLCV
DISTRIBUCION:
OGC
OEA
OAJ
INFORMATICA



MINISTERIO DE SALUD HOSPITAL HERMILO VALDIZÁN



PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD 2022

EQUIPO DE LA OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

Dra. Giovanna Zapata Coacalla

Lic. Víctor Ramón García Herbozo

Lic. Lidia Aguilar Romero (PAUS)

Lic. Alva Vitor Tolentino (PAUS)

Lic. Karim León Liza (PAUS)

Sec. Miriam Loayza Alosilla





INDICE

	PAG.
I. INTRODUCCIÓN.....	3
II. FINALIDAD.....	4
III. OBJETIVOS.....	4
3.1. Objetivo General.....	4
3.2. Objetivo Específicos.....	4
IV. ÁMBITO DE APLICACIÓN.....	5
V. BASE LEGAL.....	5
VI. CONTENIDO	6
6.1. Aspectos Técnicos Conceptuales.....	6
6.2. Descripción del problema.....	9
6.3. Articulación Estratégica al POI.....	11
6.4. Actividades.....	11
6.5. Presupuesto y Fuentes de Financiamiento	14
6.6. Organización para la ejecución del plan.....	16
6.7. Acciones de Supervisión, Monitoreo y evaluación del plan.....	16
VII. ANEXOS.....	16
VIII. BIBLIOGRAFIA	16





I. INTRODUCCIÓN

En la difícil situación sanitaria en que se encuentra actualmente el Perú enfrentando la tercera ola de contagios por la covid 19, el Hospital Hermilio Valdizán se esfuerza por mantener hasta la fecha la actividad asistencial, gracias a las acciones conjuntas de la Dirección y los trabajadores permitiendo enfrentar las dificultades y consecuencias derivadas de la pandemia por covid 19.

Uno de nuestros objetivos que permanece en pie aún más en estos tiempos difíciles es 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”.

Para cumplir este objetivo 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. Trabajamos en diferentes ejes estratégicos como de Autoevaluación en el marco de la acreditación, seguridad del paciente, mejora continua, auditoría, gestión de las relaciones con el usuario externo, encuesta SERVQUAL, cada uno de los cuales tienen estándares que cumplir.

Visto lo anterior ponemos a consideración el presente Plan de Gestión de la Calidad para el año 2022 donde tenemos programado las diferentes actividades a cumplir en los diferentes ejes estratégicos que lidera esta oficina con la única finalidad de mejorar la calidad de atención de nuestros servicios.





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 2022.

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. AMBITO DE APLICACIÓN

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

V. BASE LEGAL

- Ley N° 26842, Ley General de Salud
- Ley N° 29414, Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarías 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 Auditoría 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 Auditoría 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.

VI. CONTENIDO

6.1 Aspectos Técnicos Conceptuales

Sistema de Gestión de la Calidad.-Es el conjunto de elementos interrelacionados que contribuyen a conducir, regular, brindar asistencia técnica y evaluar a las entidades de salud del Sector y a sus dependencias públicas de los tres niveles (Nacional, Regional y Local), en lo relativo a la calidad de la atención y de la gestión.





Garantía y Mejora de la Calidad.- Es el conjunto de acciones que se llevan a cabo para regular y consolidar el desempeño, en forma continua y cíclica, de tal manera que la atención prestada sea lo más efectiva, eficaz y segura posible, orientada siempre a la satisfacción del usuario y en el marco de las normas del sistema.

Calidad.-Según Avedis Donabedian “la calidad de la atención médica consiste en la aplicación de la ciencia y la tecnología médica en una forma que maximice sus beneficios para la salud sin aumentar en forma proporcional sus riesgos. El grado de calidad es por consiguiente, la medida en que se espera que la atención suministrada logre el equilibrio más favorable de riesgos y beneficios para el usuario”.

Cuando se hace referencia a “atención médica” incluye la atención que proporcionan todos aquellos que intervienen en la atención al usuario. Y cuando se refiere a “usuario” no solo es el paciente sino también sus acompañantes.

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.

Auditoría 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.





6.2 Descripción del problema

La Oficina de Gestión de la Calidad es un órgano asesor de la Dirección General del Hospital Hermilio Valdizán y para el logro de sus objetivos desarrollamos los siguientes ejes estratégicos: Autoevaluación en el marco de la acreditación, Seguridad del paciente, Mejora continua de la calidad, Encuesta SERVQUAL, Auditoría de la calidad de atención, Gestión de las relaciones con el usuario externo.

Durante el año 2021 nos hemos esforzado en cumplir con todos los objetivos trazados en nuestros planes, sin embargo los resultados aún distan de ser los óptimos.

a) En relación al eje de Autoevaluación en el marco de la Acreditación en el año 2021 el puntaje final de la Autoevaluación calculado mediante el aplicativo es igual a **83% (NO aprobado)** como se detalla en la siguiente tabla:

Grupo de Macroprocesos	Macroprocesos	Puntaje obtenido por macroprocesos	Puntaje obtenido por grupo de macroprocesos
Gerenciales	Direccionamiento	91.18	85.06
	Gestión de Recursos Humanos	58.82	
	Gestión de Calidad	96.34	
	Manejo del riesgo de la atención	89.01	
	Gestión de seguridad ante desastres	67.86	
Prestacionales	Control de la gestión y prestación	92.31	87.47
	Atención ambulatoria	85.00	
	Atención de hospitalización	87.96	
	Atención de emergencia	81.58	
	Docencia e Investigación	80.95	
De apoyo	Apoyo diagnóstico y terapéutico	63.64	73.08
	Admisión y alta	70.00	
	Referencia y contrareferencia	85.29	
	Gestión de medicamentos	80.77	
	Gestión de la información	50.00	
	Descontaminación, limpieza, desinfección y esterilización	60.34	
	Manejo del riesgo social	90.91	
	Nutrición y dietética	79.41	
	Gestión de insumos y materiales	76.92	
Gestión de equipos e infraestructura	73.53		
PUNTAJE FINAL		83	





b) En relación al eje de Auditoría de la calidad

Dificultades encontradas durante la ejecución de las actividades del Eje de Auditoría:

La oficina no cuenta con un Médico Auditor

Para las auditorías programadas y auditorías de caso se solicita el apoyo a la Oficina del SIS

Solo existe en la institución un solo Médico Auditor quien puede formar parte del Comité de Auditoría Médica y Auditoría en Salud, por lo que las auditorías de caso y las auditorías programadas han demorado mucho tiempo en su ejecución (varios meses) y no se ha cumplido con todas las auditorías programadas según el plan.

No ha sido considerado en el PDP de la institución la capacitación en Auditoría a los miembros de los comités tanto de Auditoría Médica y Auditoría en Salud como también a los jefes de áreas asistenciales a pesar de haberse solicitado.

c) En relación al eje de Seguridad del paciente

Se han realizado todas las rondas de seguridad del pacientes programadas, pero algunos criterios no se han levantado durante el año, por ejm:

Criterio de la 2da buena práctica de seguridad del paciente: "Mecanismo de remplazo para cubrir la ausencia del personal programado en el servicio para garantizar la atención oportuna de los pacientes". Se ha solicitado a la Oficina de Personal que norme estos mecanismos pero hasta la fecha sin respuesta.

Otro criterio es la falta de un análisis y plan de intervención de parte de los servicios asistenciales frente al informe de los eventos adversos.

d) En relación a la encuesta SERVQUAL

Se ha efectuado la encuesta SERVQUAL durante el año 2021 con apoyo de personal en trabajo remoto, pero la norma indica que es necesario que la encuesta sea realizada por personal ajeno a la institución para que se evalúe realmente el grado de satisfacción de los usuarios externos, la OGC no cuenta con presupuesto para pagar encuestadores.

De manera global el grado de satisfacción de los usuarios en Consulta externa en el año 2021 fue del 85.2% y el grado de insatisfacción fue del 14.8% que lo ubica en un nivel aceptable.





En el servicio de hospitalización de manera global el grado de satisfacción es del 88.7% y una insatisfacción del 11.3%, que lo ubica en un nivel aceptable.

De manera global el grado de satisfacción del usuario externo de Emergencia es del 83.4% y el grado de insatisfacción es del 16.6% que lo ubica en un nivel aceptable.

e) En relación al eje de Mejora Continua

Durante el año 2021 se han realizado varias acciones de mejora continua de la calidad en diferentes servicios, también se llevó a cabo un Proyecto de mejora continua de la calidad “Implementación del call center virtual del HHV”.

Falta fortalecer en cuanto a la capacitación en la elaboración de proyectos de mejora continua en los diferentes servicios del hospital.

Quedó pendiente la compra de una fotocopiadora para evitar que los pacientes tengan que salir fuera de la institución por una copia de algún documento para sus trámites.

Quedó pendiente también la compra de la Incubadora y la Autoclave para el Servicio de laboratorio.

f) En relación al eje de gestión de las relaciones con el usuario externo

Durante el año 2021 se han recepcionado 77 reclamos en el Libro de Reclamaciones en Salud, 15 reclamos virtuales, se han realizado 465 soluciones inmediatas y se han recepcionado 12 sugerencias por medio del buzón de sugerencias

6.3 Articulación Estratégica al POI: (anexo 1)

Toda actividad que se realiza debe estar incluida en un producto, o actividad del POI de la institución.

6.4 Matriz de Actividades: (anexo 2)

6.4.1 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.

6.4.2 Actividades y tareas

6.4.2.1 Autoevaluación en el marco de la acreditación

- Conformar el Comité de Autoevaluación
- Formular el Plan de Autoevaluación 2022
- Conformar el Equipo de Evaluadores 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.

6.4.2.2 Auditoria en salud

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



6.4.2.3 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.

6.4.2.4 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

6.4.2.5 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



6.4.2.6 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

6.5 Presupuesto y Fuentes de Financiamiento

6.5.1 Los recursos materiales y/o insumos

Recursos ordinarios

6.5.2 Requerimiento de Bienes y Servicios

Recursos Humanos

Se requiere un Médico Auditor para la OGC para realizar la evaluación de la calidad de los registros de atención, las auditorías programadas, auditorías de caso, y adherencia a guías de la práctica clínica.

Se requiere también una Lic. Enfermería que optimice la ejecución y seguimiento de las rondas de seguridad del paciente y eventos adversos.

Se requiere la contratación de personal encuestador para realizar la encuesta SERVQUAL con la finalidad de obtener resultados más veraces, ya que al ser realizado por personal de la institución puede haber un sesgo.

Se requiere que el personal con contrato por terceros de la PAUS sea CAS para garantizar la permanencia en este servicio ya que ahí se gestiona el Libro de reclamaciones en salud.

PROFESIONAL	NOMBRADO	CAS	Terceros	TOTAL
Médico Auditor		01		01
Lic. Enfermería con conocimientos en Gestión de la Calidad		01		01
Lic. En Ciencias de la Comunicación			01	01
Personal para realizar la encuesta SERVQUAL			04	04





Recursos informáticos y equipo inmobiliario (con el que se cuenta)

ITE M	COD. PATRIMONIAL	DESCRIPCIÓN				
		DENOMINACIÓN	MARCA	MODELO	ESTADO	OBSERVACIONES
01	740880370036	Monitor a color	SAMSUNG	SyncMaster SA 300	Malo	Es la computadora usada por jefatura Fue reparado en el mes de enero del 2021 NO cuenta con audio ni cámara para realizar reuniones zoom
02	740878680077	Monitor con procesador integrado	HP	23G221LA	Malo	Actualmente se encuentra en la OEI con la posibilidad de ser reparado
03	740805000036	laptop	Lenovo	ThinkPad	Malo	Cuyo monitor no funciona
04	746437120012	Escritorio	De melamine		De baja	Ya se entregó a patrimonio (se cayó por deterioro debido al uso de 19 años)

Recursos por Adquirir

Nr o	Bienes/Servicios	Clasificador	U.M.	Precio Unitario	Cantidad	Precio Total
04	Personal profesional para realizar la capacitación en auditoría de la calidad de atención				01	
05	Personal profesional para capacitar al personal en la elaboración de proyectos de mejora continua de la calidad				01	
06	Personal profesional para capacitar al personal en atención al cliente				02	
07	Personal profesional para capacitar en derechos y deberes de los usuarios				01	
08	Impresora laser con	2.6.32.31			01	3000 soles





	fotocopiadora				
09	Monitor con procesador incorporado	2.6.3 2.3 1		03	18000 soles
10	Laptop	2.6.3 2.3 1		01	5000 soles
11	Escritorio de madera	2.6.3 2.3 1		01	1000 soles

6.6 Organización para la ejecución del plan

RESPONSABLE	ACTIVIDADES
Dirección General	Aprobar el Plan de Gestión de Calidad 2022
Oficina de Planeamiento Estratégico	Ajuste presupuestal para la ejecución del plan Poner a disposición los recursos humanos y financieros
Oficina Ejecutiva de Administración	Canalizar la ejecución de los requerimientos para la implementación del plan de gestión de calidad 2022 Contratación de personal
Oficina de Logística	Cumplir en los tiempos establecidos la adquisición de equipos para la ejecución del plan de gestión de calidad 2022
Oficina de Gestión de la Calidad con su Equipo de Evaluadores Internos y el Equipo de Acreditación	Ejecutará todo el Plan de Calidad del HHV

6.7. Acciones de Supervisión, Monitoreo y Evaluación del Plan:

6.7.1 El monitoreo del presente plan estará a cargo de la jefatura de la Oficina de Gestión de la Calidad.

6.7.2 Esta oficina emite en forma trimestral un informe a la Dirección General sobre los avances del plan de gestión de la calidad.



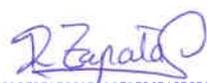
VII. ANEXOS:

Anexo 1: Articulación estratégica con el POI

Anexo 2: Matriz de actividades

VIII. BIBLIOGRAFÍA

Detallada en la base legal.


Giovanna Zapata Coacalla
Médico Psiquiatra - Psicoterapeuta
C.M.P. 36635 R.N.E. 23999

ANEXO 1

Formato 1 : MATRIZ DE ARTICULACION ESTRATEGICA Y OPERATIVA DEL PLAN ESPECIFICO

Unidad Organiza		estructura programatica y operativa				
marco Estratégico		Actividad Operativa POI	Categoría Presupuestal	Producto	Actividad Presupuestal	Objetivo General del Plan
Objetivo Estratégico Institucional del POI	Acción Estratégica					Objetivo Especifico del Plan
OEI 04: Fortalecer la rectoría y gobernanza sobre el sistema de salud y la gestión institucional para el desempeño eficiente, ético e íntegro en el marco de la modernización de la gestión pública	AEI 04.02 Gestión orientada a resultados al servicio de la población con procesos optimizados y procedimientos administrativos simplificados	Acciones del sistema de gestión de la calidad	Acciones centrales	Sin producto	Gestión administrativa	<ul style="list-style-type: none"> 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 SERVUJUAL 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 Auditoría 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.



Anexo 2: Matriz de Actividades

CAT. PRE S	PRO G PRE S	PRO D	OBJETIVO GENERAL: Mejorar la calidad de los servicios de salud en el HHV, mediante la implementación del Sistema de gestión de la Calidad.		METAS PROGRAMADAS AL IV TRIMESTRE 2022												RESPON ABLES			
			ACTIVIDAD	TAREA	U.M.	META ANUA L 2022	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O		N	D	
Acci ones centr ales	Sin produ cto		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	Equipo d Acreditación , Equipo d Evaluadore Internos Oficina d Gestión d 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	0	0	Equipo d Acreditación , Equipo d Evaluadore Internos Oficina d Gestión d la Calidad
			DESARROLLAR EVENTO DE CAPACITACIÓN PARA EVALUADORES INTERNOS.	INFORME	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	Equipo d Acreditación , Equipo d Evaluadore Internos Oficina d Gestión d la Calidad
			EJECUTAR LA EVALUACIÓN INTERNA EN BASE A CRITERIOS Y ESTÁNDARES	ACCIÓN	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	Equipo d Acreditación , Equipo d Evaluadore Internos Oficina d Gestión d la Calidad
			ELABORAR INFORME DE RESULTADOS CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES Y SEGUIMIENTO	INFORME	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	Equipo d Acreditación , Equipo d Evaluadore Internos Oficina d Gestión d 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	0	0	Comité d Mejora Continua d la Calidad Oficina d Gestión d la Calidad
			IMPLEMENTACIÓN DE PROYECTO Y/O ACCIONES DE MEJORA EN RELACIÓN A LAS LÍNEAS DE ACCIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	INFORME	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	Comité d Mejora Continua d la Calidad Oficina d Gestión d la Calidad
			CAPACITACIÓN A PERSONAL DEL HOSPITAL EN PROYECTOS DE MEJORA CONTINUA	INFORME	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	Comité d Mejora Continua d la Calidad Oficina d Gestión d la Calidad
			GESTIÓN DE LAS RELACIONES CON EL USUARIO EXTERNO	PLAN	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Oficina d Gestión d la Calidad
			EJECUTAR ENCUESTA DE SATISFACCION DE USUARIO EXTERNO	ESCUESTA	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	Oficina d Gestión d la Calidad



