



Resolución Directoral

Santa Anita, 05 de mayo de 2023

Visto el Expediente N° 23MP-01181-00 e Informe N° 012-OGC/HHV/2023, de la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad solicitando la aprobación del proyecto del Plan de Gestión de la Calidad 2023 del Hospital Hermilio Valdizán;

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", cuyo objetivo general es la de 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" y "Asesorar en el desarrollo de la auto evaluación, el proceso de acreditación y auditoría clínica, según las normas que establezca el Ministerio de Salud", entre otros;

Que, mediante el documento de visto, la Oficina de Gestión de la Calidad solicita la aprobación del proyecto del Plan de Gestión de la Calidad 2023 del Hospital Hermilio Valdizán, 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 2023; 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, en el Informe N° 020-UO-OEPE-HHV-2023 y Nota Informativa N° 036-OEPE-HHV-2023, la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico emite opinión favorable al proyecto del Plan propuesto, el cual se encuentra alineado con lo establecido en la Resolución Ministerial N° 826-2021/MINSA, que aprueba las "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud"; por lo que, es necesario proceder a su aprobación;

Estando a lo informado por la Oficina de Asesoría Jurídica en el Informe N° 148-OAJ-HHV-2023;

Con el visado de la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad, del Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica y de la Directora Ejecutiva de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico; y,

De conformidad con lo dispuesto por el artículo 11° inciso c), del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Hermilio Valdizán, aprobado por Resolución Ministerial N° 797-2003-SA/DM;

SE RESUELVE:

Artículo 1.- Apròbar el PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD 2023 DEL HOSPITAL HERMILIO VALDIZÁN, el mismo que consta de veintitrés (23) páginas, y forma parte integrante de la presente Resolución, por los fundamentos expuestos en la parte considerativa.

Artículo 2.- Disponer que la Oficina de Gestión de la Calidad difunda e implemente el Plan aprobado por el artículo 1, 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.

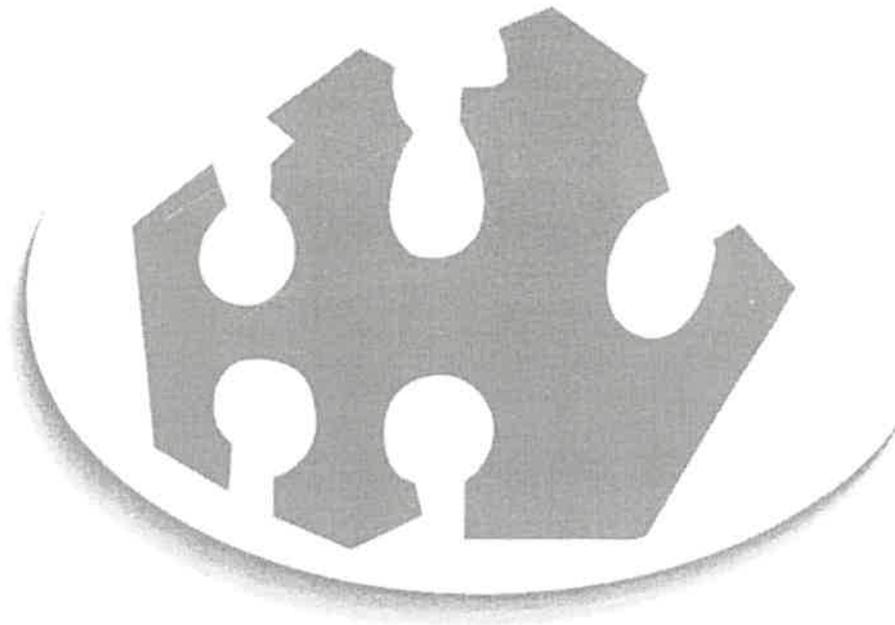
Regístrese y comuníquese.

MINISTERIO DE SALUD
Hospital "Hermilio Valdizán"

Dr^a. Gloria Luz Cueva Vergara
Directora General
C.M.P. N° 21499 R.N.E. 12799

GLCV/OACH
DISTRIBUCIÓN:
OGC
OEA
OAJ
OEI

**MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL HERMILIO VALDIZÁN**



**PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD
2023**



**Dra. Gloria Cueva Vergara
Directora General**

**Dra. Giovanna Zapata Coacalla
Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad**

EQUIPO DE LA OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

Lic. Víctor Ramón García Herbozo

Lic. Lidia Aguilar Romero (PAUS)

Lic. Alva Vitor Tolentino (PAUS)

Lic. Karim León Liza (PAUS)

Lic. Lizbeth Miriam Loayza Alosilla / Secretaria



ÍNDICE

	PAG.
I. INTRODUCCIÓN.....	4
II. FINALIDAD.....	5
III. OBJETIVOS.....	5
3.1. Objetivo general.....	5
3.2. Objetivos específicos.....	5
IV. ÁMBITO DE APLICACIÓN.....	6
V. BASE LEGAL	6
VI. CONTENIDO	7
6.1. Aspectos técnicos conceptuales.....	7
6.2. Descripción del problema.....	9
6.3. Articulación estratégica al POI.....	12
6.4. Matriz de Actividades.....	12
6.5. Presupuesto y Fuentes de Financiamiento	15
6.6. Acciones de Supervisión, Monitoreo y evaluación del Plan.....	18
VII. RESPONSABILIDADES	19
VIII. ANEXOS.....	19
Anexo 1: Articulación estratégica con el POI	
Anexo 2: Matriz de actividades	



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”.

La OMS define la calidad asistencial como “la medida en la cual los servicios de salud que se ofrecen a individuos y poblaciones de pacientes mejoran los resultados de salud deseados. Para lograr esto, la atención médica debe ser segura, efectiva, oportuna, eficiente, equitativa y centrada en las personas”.

La calidad asistencial es el resultado de aunar los dos elementos de la calidad el primero intrínseco al acto asistencial o científico, compuesto por los conocimientos y por el uso de la tecnología y el segundo elemento que es extrínseco o percibido, que es el aspecto humanitario de la asistencia, en el que influyen desde el trato al enfermo y sus familiares, hasta la información y los aspectos relacionados con el ambiente y la atención hospitalaria.

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.

Visto lo anterior ponemos a consideración el presente Plan de Gestión de la Calidad para el año 2023 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 2023.

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. ÁMBITO 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 y sus modificatorias
- Ley N° 29414, Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud.
- Decreto Supremo N° 013-2006-SA, que aprueba el “Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- Decreto Supremo N° 002-2019-SA, que aprueba el Reglamento para la Gestión de Reclamos y Denuncias de los Usuarios de las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud - IAFAS, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPRESS y Unidades de Gestión de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - UGIPRESS, públicas, privadas o mixtas.
- Resolución Ministerial N° 797-2003-SA-DM, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Hermilio Valdizán.
- Resolución Ministerial N° 1263-2004-MINSA, que aprueban la Directiva “Lineamientos para la Organización y Funcionamiento de la Estructura de Calidad en los Hospitales del Ministerio de Salud”.
- Resolución Ministerial N° 519-2006-MINSA, que aprueba el Documento Técnico “Sistema de Gestión de la Calidad en Salud”.
- Resolución Ministerial N° 456-2007-MINSA, que aprueba 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° 270-2009-MINSA, aprueba la “Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo”.
- Resolución Ministerial N° 727-2009-MINSA, que aprueba el Documento Técnico “Política Nacional de Calidad en Salud”.
- Resolución Ministerial N° 527-2011-MINSA, que aprueba 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, que aprueba la 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° 255-2016-MINSA, que aprueba la “Guía Técnica para la Implementación del Proceso de Higiene de Manos en los Establecimientos de Salud”.
- Resolución Ministerial N° 502-2016-MINSA, que aprueba la NTS N° 029-MINSA/DIGEPRES-V.02, “Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud”.
- Resolución Ministerial N° 214-2018/MINSA, que aprueba la NTS N° 139-MINSA/2018/DGAIN: “Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica”.
- Resolución Ministerial N°163-2020-MINSA, que aprueba la Directiva Sanitaria N° 92-MINSA-2020-DGAIN: “Directiva Sanitaria de Rondas de Seguridad del Paciente para la gestión del riesgo en la atención de salud”.

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.

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 desarrollados 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, auditoria de la calidad de atención, gestión de las relaciones con el usuario externo.

Durante el año 2022 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 2022 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	82.35	78.22
	Gestión de Recursos Humanos	35.29	
	Gestión de Calidad	96.34	
	Manejo del riesgo de la atención	89.01	
	Gestión de seguridad ante desastres	58.93	
	Control de la gestión y prestación	90.38	
Prestacionales	Atención ambulatoria	82.50	90.56
	Atención de hospitalización	82.41	
	Atención de emergencia	97.37	
	Docencia e Investigación	90.48	
De apoyo	Apoyo diagnóstico y terapéutico	50.00	67.80
	Admisión y alta	81.43	
	Referencia y contrareferencia	97.06	
	Gestión de medicamentos	80.77	
	Gestión de la información	63.04	
	Descontaminación, limpieza, desinfección y esterilización	29.31	
	Manejo del riesgo social	86.36	
	Nutrición y dietética	61.76	
	Gestión de insumos y materiales	57.69	
Gestión de equipos e infraestructura	70.59		
PUNTAJE FINAL		81	



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 en la actualidad, en el mes de diciembre 2022 se contrató un Médico Auditor quien renunció por problemas familiares.

Durante el año 2022 las Auditorias Programadas y las Auditorias de Caso fueron realizadas por los Médicos Auditores de la Oficina de Seguros – SIS.

La Dra. Jheny Bernal Jefe de la Oficina del SIS es el único Médico Auditor en la institución.

Tuvimos el problema que el presupuesto asignado para la capacitación en auditoria de la calidad de atención fue solo de 450 soles lo que fue insuficiente para realizar una capacitación de varios días tanto a los integrantes de los comités de auditoría médica y auditoria en salud y todos los jefes asistenciales.

c) En relación al eje de Seguridad del paciente

Al igual que el año 2021 el 2022 aún algunos criterios observados en las rondas de seguridad no se han levantado hasta la fecha:

No existe el Mecanismo de remplazo para cubrir la ausencia del personal programado en el servicio para garantizar la atención oportuna de los pacientes el cual debe ser elaborado por la Oficina de Personal.

Falta de protocolo de Seguridad Sexual, de Contención Mecánica.

d) En relación a la encuesta SERVQUAL

Se ha efectuado la encuesta SERVQUAL durante el año 2022 con apoyo de un 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 2022 fue del 93.5% y el grado de insatisfacción fue del 6.5% que lo ubica en un nivel aceptable.



En el servicio de hospitalización de manera global el grado de satisfacción es del 99.9% y una insatisfacción del 0.1%, que lo ubica en un nivel aceptable.

De manera global el grado de satisfacción del usuario externo de Emergencia es del 82.7% y el grado de insatisfacción es del 17.3% que lo ubica en un nivel aceptable.

e) En relación al eje de Mejora Continua

Durante el año 2022 se han implementado varias acciones de mejora continua e el hospital pero aún falta elaborar de manera continua proyectos de mejora continua de la calidad por los diferentes departamentos y servicios del hospital. Se logró realizar una capacitación en el año pero aún es insuficiente para motivar más al personal. Tuvimos solo un presupuesto de 400 soles que no permite ejecutar un taller de mejora continua para la institución.

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

Durante el año 202 se han recepcionado 127 reclamos en el Libro de Reclamaciones en Salud, 29 reclamos virtuales, se han realizado 1101 soluciones inmediatas y se han recepcionado 07 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 2023
- 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
Profesional especializado en mejora Continua, Autoevaluación.	01 o CAS			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
Profesional capacitador en Mejora Continua			01	01
Profesional capacitador en Auditoria			01	01
Profesional capacitador en el proceso de autoevaluación			01	01
Profesional capacitador en Derechos y Deberes del paciente			01	01
Profesional capacitador en Atención al Cliente			01	01
Médico capacitador en elaboración de Guías de la Práctica Clínica			01	01

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

ITEM	COD. PATRIMONIAL	DESCRIPCIÓN				OBSERVACIONES
		DENOMINACIÓN	MARCA	MODELO	ESTADO	
01	740880370036	Monitor a color	SAMSUNG	SyncMaster SA300	Mal o	Fue reparado en el mes de enero del 2021 NO cuenta con audio ni cámara para realizar reuniones zoom
02	No tiene código patrimonial porque es alquilado	Monitor con procesador integrado	DELL	No tiene	Mal o	Equipo en calidad de préstamo de la OEI (indican que es alquilado) En enero se quemó el disco duro con toda la información de la oficina (indicaron que el disco duro era de mala calidad), actualmente ha sido reparado.
03	No tiene código patrimonial	Monitor a color	HP	No tiene	Mal o	De uso de secretaría no tiene audio ni cámara, ya en mal estado.



04	No tiene código patrimonial	Monitor a color	WIEW SONIC	VS16216	Operativo	Esta computadora fue donada por la Oficina de Docencia e Investigación, Se encuentra en la Plataforma de Atención al Usuario PAUS
05	740878680076	Monitor a color	HEVLETT-PACKRD	23g2221a	Operativo	Esta computadora se encuentra en la Plataforma de Atención al Usuario en Salud PAUS
06	740805000036	laptop	Lenovo	ThinkPad	Mal o	El monitor no funciona está en desuso
07	7408411000027	Impresora	HP	LaserJetP3015	Mal o	Tiene múltiples reparaciones a veces solo imprime una sola cara.

Recursos por Adquirir

Nro	Bienes/Servicios	Clasificador	U.M.	Precio Unitario	Cantidad	Precio Total
01	Personal profesional para realizar la capacitación en auditoria de la calidad de atención				01	3,500.00 soles
02	Personal profesional para capacitar al personal en la elaboración de proyectos de mejora continua de la calidad				01	3,500.00 soles
03	Personal profesional para capacitar al personal en atención al cliente				01	6,000.00 soles
04	Personal profesional para capacitar en derechos y deberes de los usuarios				01	1,000.00 soles
05	Personal capacitador en el proceso de autoevaluación				01	3,500.00 soles
06	Médico capacitador en elaboración de Guías de la Práctica Clínica				01	10,000.00 soles



07	04 personal para ejecución de la encuesta SERVQUAL				04	4,000.00 soles
05	Impresora láser con fotocopiadora	2.6. 3 2. 3 1			01	3000 soles
06	Monitor con procesador incorporado	2.6. 3 2. 3 1			04	24,000 soles
07	Laptop	2.6. 3 2. 3 1			01	6,000 soles
08	Un proyector multimedia				01	5,000 soles
09	Sillas ergonómicas giratorias				08	16,000 soles
10	Equipos de teléfono (anexos)				02	2,000 soles
11	Escritorio en L de melamine				01	3,500 soles
12	Escritorios de melamine				04	12,000 soles
13	Escritorios con micas separadoras para la PAUS				02	6,000 soles
14	Silla para los pacientes en la PAUS				06	2,000 soles

6.6 Acciones de Supervisión, Monitoreo y Evaluación del Plan:

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

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



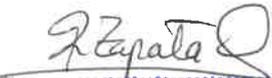
VII. RESPONSABILIDADES

RESPONSABLE	ACTIVIDADES
Dirección General	Aprobar el Plan de Gestión de Calidad 2023
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 2023 Contratación de personal
Oficina de Logística	Cumplir en los tiempos establecidos la adquisición de equipos para la ejecución del plan de gestión de calidad 2023
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

VIII. ANEXOS:

Anexo 1: Articulación estratégica con el POI

Anexo 2: Matriz de actividades


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

ANEXO 1

Formato 1: MATRIZ DE ARTICULACIÓN ESTRATÉGICA Y OPERATIVA DEL PLAN ESPECÍFICO

Unidad Orgánica		estructura programática y operativa						
Objetivo Estratégico institucional del POI	Acción Estratégica	Actividad Operativa POI	Categoría Presupuestal	Producto	Actividad Presupuestal	Objetivo General del Plan	Objetivo Específico del Plan	
OEI 04: Fortalecer la rectoría y gobernanza sobre el sistema de salud y la gestión institucional para el desempeño eficiente, ético e integro 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	Mejorar la calidad de los servicios de salud en el HHV, mediante la implementación del Sistema de Gestión de Calidad	<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 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 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. 	



