



N° 089-DG/HHV-2024

Resolución Directoral

Santa Anita, **24** de abril de 2024

Visto el Expediente N° 24MP-03441-00 e Informe N° 016-OGC/HHV/2024, de la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad sobre la aprobación del proyecto del Plan de Gestión de la Calidad 2024 del Hospital Hermilio Valdizán;

CONSIDERANDO:

Que, a través de los artículos I y II del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, disponen que la salud es condición indispensable para el desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, por lo que su protección es de interés público. Por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla.;

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 2024 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 2024; 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, a través de la Nota Informativa N° 050-OEPE-HHV-2024, la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico remite el Informe N° 023-UO-OEPE-HHV-2024 mediante el cual se emite opinión favorable al proyecto del Plan propuesto, el cual se encuentra alineado con lo establecido en la Resolución Ministerial N° 090-2022/MINSA, que aprueba la Directiva Administrativa N° 326-MINSA/OGPPM-2022, Directiva Administrativa para la Formulación, Seguimiento y Evaluación de los Planes Específicos en el Ministerio de Salud"; por lo que, es necesario proceder a su aprobación mediante acto resolutivo;

Estando a lo informado por la Oficina de Asesoría Jurídica en el Informe N° 138-OAJ-HHV-2024;

Con el visado del Director Ejecutivo de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, de la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad, y de la Jefa de la Oficina de Asesoría Jurídica; 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.- Aprobar el Plan de Gestión de la Calidad 2024 del Hospital Hermilio Valdizán, el mismo que consta de veintitrés (22) páginas, incluyendo dos (02) anexos que forma parte integrante de la presente Resolución.

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.

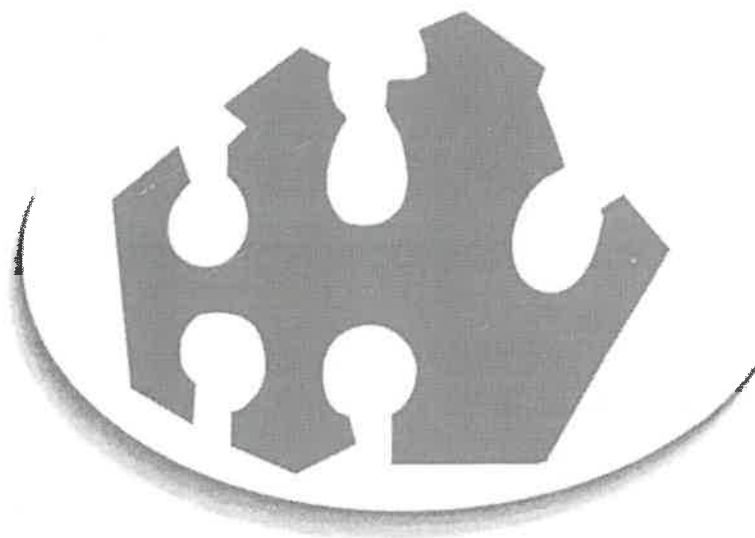
Artículo 3.- Encargar a la Oficina de Estadística e Informática la publicación de la presente Resolución en el Portal Web Institucional del Hospital Hermilio Valdizán.

Regístrese y comuníquese.

MINISTERIO DE SALUD
Hospital Hermilio Valdizán

Dr. Hugo William Peña Lovatón
DIRECTOR GENERAL
C.M.P. N° 17288 - R.N.E. 7381

**MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL HERMILIO VALDIZÁN**



**PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD
2024**

EQUIPO DE LA OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

Dra. Giovanna Zapata Coacalla

Dra. Claudia Delucchi Lagos

Lic. Víctor Ramón García Herbozo

Lic. Lidia Aguilar Romero (PAUS)

Lic. Gian Carlo Romaní Chávez (PAUS)

Lic. Lizbeth Miriam Loayza Alosilla / Secretaria



ÍNDICE

	PÁG.
I. INTRODUCCIÓN.....	3
II. FINALIDAD.....	4
III. OBJETIVOS.....	4
3.1. Objetivo general.....	4
3.2. Objetivos específicos.....	4
IV. ÁMBITO DE APLICACIÓN.....	4
V. BASE LEGAL.....	5
VI. CONTENIDO	6
6.1. ASPECTOS TECNICO CONCEPTUALES: Definiciones operativas.....	6
6.2. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL DEL ASPECTO SANITARIO O ADMINISTRATIVO.....	8
6.3. ARTICULACIÓN ESTRATÉGICA AL POI.....	13
6.4. ACTIVIDADES POR OBJETIVOS.....	13
6.5. PRESUPUESTO	15
6.6. FINANCIAMIENTO	17
6.7. ACCIONES DE SUPERVISIÓN, MONITOREO Y EVALUACIÓN DEL PLAN	17
VII. RESPONSABILIDADES	17
VIII. ANEXOS.....	17



I. INTRODUCCIÓN

El Hospital Hermilio Valdizán, es un hospital de tercer nivel de complejidad que tiene la misión de prestar servicios altamente especializados de salud mental y psiquiatría, con calidad, equidad y eficiencia, a través de equipos multidisciplinares. En el marco de la implementación de la reforma de la atención en salud mental y psiquiatría, desarrollamos acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación del individuo, la familia y la comunidad de nuestra jurisdicción; contribuimos a crear entornos de vida saludables con énfasis en las poblaciones de alto riesgo y realizamos actividades de enseñanza e investigación.

Avedis Donabedian el padre de la calidad definía a la calidad como “el tipo de atención que maximiza el bienestar del paciente, después de tener en cuenta el balance de pérdidas y ganancias esperadas, contemplando el proceso de atención en todas sus partes”. 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 Oficina de Gestión de la Calidad por medio del trabajo en los diferentes ejes estratégicos como son: Autoevaluación en el marco de la acreditación, seguridad del paciente, mejora continua, auditoría, gestión de las relaciones con el usuario externo, encuesta SERVQUAL, está comprometida en mejorar la calidad de atención a nuestros usuarios, haciendo que éste tenga una experiencia positiva al relacionarse con nuestros servicios.

Visto lo anterior ponemos a consideración el presente Plan de Gestión de la Calidad para el año 2024 donde detallamos 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 2024.

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 (DEFINICIONES OPERATIVAS)

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 ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL DEL ASPECTO SANITARIO Y ADMINISTRATIVO

6.2.1 Antecedentes

Mediante Resolución Ministerial N° 797–2003 –SA/DM, se aprueba el Reglamento de Organización y Funciones (ROF) del Hospital Hermilio Valdizán donde indica que la

Oficina de gestión de la Calidad es un órgano de asesoramiento, encargada de implementar el sistema de Gestión de la Calidad, para promover la mejora continua de la atención asistencial y administrativa al usuario, siendo uno de sus objetivos funcionales: "Proponer la inclusión de actividades e indicadores de calidad en los planes institucionales"

Mediante Resolución Ministerial N° 519.2006/MINSA, del 30 de mayo de 2006, se aprueba el documento técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud", el mismo que tiene como finalidad contribuir a fortalecer los procesos de mejora continua de la calidad en salud en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo.

La Oficina de Gestión de la Calidad del HHV se viene implementando desde el año 2005 y tiene a su cargo los siguientes ejes estratégicos Autoevaluación en el marco de la acreditación, Seguridad del paciente, Mejora continua, Auditoría de la calidad de atención, Gestión de las relaciones con el usuario externo, Aplicación de la Encuesta SERVQUAL, cada uno de ellos con sus respectivos planes anuales e informes de cumplimiento de los mismos.

6.2.2 Descripción del problema

Los equipos tecnológicos y mobiliario de la Oficina de Gestión de la Calidad ya se encuentran deteriorados, no contamos con un equipo de cómputo para el Médico Auditor.

Falta de personal en la Plataforma de Atención al Usuario en Salud debido a la indicación dada por el Jefe de Personal una servidora ha pasado a otra área de trabajo y a pesar de las reiterativas solicitudes de personal para la PAUS hasta la fecha no ha sido atendida nuestra solicitud.

Poca asistencia del personal directivo, asistencial y administrativo a las capacitaciones realizadas por la Oficina de Gestión de la Calidad sobre Atención al Cliente, Mejora continua, Auditoría, Autoevaluación, Derechos del paciente.

Poco presupuesto asignado para actividades de capacitación en el PDP de la institución.

Poco compromiso del personal asistencial y administrativo en el cumplimiento de los estándares de calidad en la atención del paciente.

Durante el año 2023 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 2023 el puntaje final de la Autoevaluación calculado mediante el aplicativo es igual a **85.63%**. A pesar del resultado aprobado aún hay macroprocesos con puntaje bajo como son los siguientes: Apoyo al diagnóstico y tratamiento (25%), Gestión de insumos y materiales (53.85%), Gestión de recursos humanos (55.88%), Descontaminación, Limpieza Desinfección y Esterilización (70.69%), Gestión de la información (76.09%), Gestión de seguridad ante desastres (76.79%)

b) En relación al eje de auditoria de la calidad

Durante el año 2023 desde el mes de agosto contamos con un Médico Auditor en la oficina y se ha llegado a cumplir con todas las auditorias programadas del año. Las dificultades encontradas fueron:

No hubo participación del personal médico en la capacitación de Auditoria, ésta oficina contrató los servicios de un Médico Auditor que realizó la capacitación en dos fechas y fue con la finalidad de incrementar los conocimientos en este tema y se mejore el registro de las historias clínicas.

Falta de algunos servicios asistenciales el levantamiento de las observaciones de las auditorias realizadas.

c) En relación al eje de Seguridad del paciente

Existen criterios observados en las rondas de seguridad que no se han levantado hasta la fecha como:

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.

Aún existe un registro incompleto de la historia clínica de los pacientes.

d) En relación a la encuesta SERVQUAL

La encuesta SERVQUAL 2023 se ha realizado con apoyo de personal voluntario, los resultados son los siguientes:



De manera global el grado de satisfacción del usuario externo en Consulta Externa es del 83.33% y el grado de insatisfacción es del 16.67.

De manera global el grado de satisfacción del usuario externo en Hospitalización es del 86.31% y el grado de insatisfacción es del 13.69.

De manera global el grado de satisfacción del usuario externo en Emergencia es del 81.01% y el grado de insatisfacción es del 18.99.

e) En relación al eje de Mejora Continua

Durante el año 2023 se ha llevado a cabo una Capacitación en la elaboración de Proyectos de Mejora Continua de la Calidad y el primer Concurso de Proyectos de Mejora Continua, se han llegado a presentar 07 Proyectos de Mejora Continua de diferentes áreas del hospital. Sin embargo aún falta más participación en especial de directivos y personal profesional del hospital quienes son los líderes de los equipos de trabajo y quienes motivan a su personal a llevar a cabo diferentes proyectos y acciones de mejora continua.

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

Durante el año 2023 se han recepcionado 107 reclamos en el Libro de Reclamaciones en Salud físico y 30 reclamos consignados en el Libro de Reclamaciones virtual.

Se han recepcionado 06 sugerencias a través del Buzón de Sugerencias.

También se han realizado 895 atenciones como soluciones inmediatas.

Falta personal en la Plataforma de Atención al usuario en Salud, debido a que la oficina de Personal ha dispuesto que una de las trabajadoras de la PAUS pase a otro servicio sin haber reemplazado a dicho personal, y pese a los múltiples documentos reiterativos a Dirección General aún no se resuelve el problema.

6.2.3 Causas del problema

Poco compromiso del personal asistencial y administrativo en el cumplimiento de los estándares de calidad.

Desconocimiento del personal en la importancia de tener una cultura de calidad como personal de salud.



Poca participación del personal directivo en capacitaciones sobre los diferentes ejes de la Oficina de Gestión de la Calidad.

Existe un divorcio entre lo administrativo y asistencial, la parte administrativa desconoce las necesidades del área asistencial, debido a que los administrativos no van a verificar, observar lo que se hace en el área asistencial, por lo que, lo que se solicita no es aceptado ni tomado en cuenta.

6.2.4 Población o entidades objetivo

Este Plan está dirigido a todo el personal asistencial y administrativo del Hospital Hermilio Valdizán.

6.2.5 Alternativas de solución

- 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.



- j) Capacitar al personal asistencial y administrativo en temas de seguridad del paciente, mejora continua, auditoria, autoevaluación, atención al cliente con la finalidad de generar una cultura de calidad en el hospital.
- k) Monitoreo de las diferentes actividades consignadas en el Plan de Gestión de la Calidad.

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 ACTIVIDADES POR OBJETIVO

6.4.1 Descripción Operativa

6.4.1.1 Autoevaluación en el marco de la acreditación

- Conformar el Comité de Autoevaluación
- Formular el Plan de Autoevaluación 2024
- 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.

6.4.1.2 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



6.4.1.3 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.

6.4.1.4 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
- Capacitación en elaboración de proyectos de mejora continua

6.4.1.5 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



6.4.1.6 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

6.4.2 Costeo De las Actividades

Todas las actividades a realizarse en este plan se encuentran dentro del presupuesto asignado para la oficina de gestión de la calidad.

6.4.3 Cronograma de Actividades (anexo 2)

6.4.4 Responsable para el desarrollo de las actividades (anexo 2)

6.5 PRESUPUESTO

El presupuesto del presente Plan está incluido en las actividades y acciones de la Oficina de Gestión de la Calidad.



ACTIVIDAD OPERATIVA	Categoría Presupuestal	Producto	Actividad Presupuestal
Acciones del sistema de gestión de la calidad	Acciones Centrales	Sin producto	Gestión Administrativa
AO100013300126		39999999	50000003

6.5.1 Recursos Humanos y bienes y servicios que intervienen en el desarrollo del Plan.

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	4,000.00 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 fotocopidora	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	4,000 soles
10	Escritorio en L de melamine				01	3,500 soles
11	Escritorios de melamine				04	12,000 soles
12	Escritorios para la PAUS				02	6,000 soles
13	Silla para los pacientes en la PAUS				06	2,000 soles



6.6 FINANCIAMIENTO

El Financiamiento es a través de Recursos Ordinarios.

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. RESPONSABILIDADES

RESPONSABLE	ACTIVIDADES
Dirección General	Aprobar el Plan de Gestión de Calidad 2024
Oficina de Planeamiento Estratégico	Incluir las actividades operativas programadas por la Oficina de Gestión de la Calidad y su presupuesto en el Plan Operativo Institucional.
Oficina Ejecutiva de Administración	Canalizar la ejecución de los requerimientos para la implementación del plan de gestión de calidad 2024 Contratación de personal
Oficina de Logística	Cumplir en los tiempos establecidos la adquisición de equipos para la ejecución del plan de gestión de calidad 2024
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					
Marco Estratégico							
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 AO10001 3300126	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	. 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.



ANEXO 2

MATRIZ DE ACTIVIDADES

CAT. PRE S	PROD UCTO	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 2023												RESPONSABLES		
		ACTIVIDAD	TAREA	U.M.	META ANUA L 2024	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N		D	
		GESTIÓN DE PROCESOS PARA LA CERTIFICACI ON Y/O ACREDITACIÓ N DE LA IPRES	CONFORMACIÓN DE EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS Y EQUIPO DE ACREDITACIÓN	EQUIPOS APROBA DO CON RD	2	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Equipo de Acreditación, de Equipo 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	0	
			DESARROLLAR EVENTO DE CAPACITACIÓN PARA EVALUADORES INTERNOS.	INFORME	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	
			EJECUTAR LA EVALUACIÓN INTERNA EN BASE A CRITERIOS Y ESTÁNDARES	ACCIÓN	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10	0	
			ELABORAR INFORME DE RESULTADOS CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES Y SEGUIMIENTO	INFORME	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	
		PROMOVER LA CULTURA POR LA MEJORA CONTINUA	ELABORAR EL PLAN DE PROYECTOS DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD	PLAN	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Equipo de Mejora Continua de la Calidad y Oficina de Gestión de la Calidad	
			CONFORMACIÓN DEL COMITÉ DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD	EQUIPO APROBA DO	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0
			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	1	0	0	0	0		1
			CAPACITACIÓN A PERSONAL DEL HOSPITAL EN PROYECTOS DE MEJORA CONTINUA	INFORME	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0		0



		PLAN CERO COLAS	PLAN	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
		EQUIPO ELABORADOR DEL PLAN CERO COLAS	RD	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
		INFORME DEL PLAN CERO COLAS	INFORME	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	
		ELABORAR PLAN DE MEDICION DE SATISFACCION DEL USUARIO EXTERNO - SERVQUAL	PLAN	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
		EJECUTAR ENCUESTA DE SATISFACCION DE USUARIO EXTERNO	ESCUESTA	447	0	0	0	0	0	0	0	0	0	222	225	0	0	0	
		EMITIR INFORME DE RESULTADOS, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES DE LA ENCUESTA SERVQUAL	INFORME	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	
		MEDICION DE LOS TIEMPOS DE ESPERA Y MOVIMIENTOS EN CONSULTA EXTERNA/ HOSPITALIZACION Y EMERGENCIA	INFORME	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	
		FORMULAR EL PLAN DE SEGURIDAD DE PACIENTE EN BASE A EVENTOS REGISTRADOS	PLAN	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
		EMITIR INFORMES DE RESULTADOS, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES DE EVENTOS ADVERSOS	INFORME	4	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	
		EJECUTAR RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN HOSPITALIZACION, EMERGENCIA Y CONSULTA EXTERNA	ACCION	12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
		EMITIR INFORMES DE RESULTADOS, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	INFORME	2	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	
		IMPLEMENTACION Y ADHERENCIA DEL PROCESO DE HIGIENE DE LAVADO DE MANOS	INFORME	2	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	



Plan de Gestión de la Calidad 2024 / HHV

		PLANIFICACIÓN PARA LA CALIDAD EN SALUD	ELABORAR PLAN ANUAL DE GESTION DE LA CALIDAD	PLAN	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Equipo responsable del desarrollo e implementación del sistema de gestión de la Calidad y Oficina de Gestión de la Calidad
			REUNIONES TÉCNICAS DE COORDINACIÓN, SOCIALIZACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	ACTAS	4	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	
			INFORME DEL PLAN ANUAL DE GESTION DE LA CALIDAD	INFORME	4	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	
			CONFORMACIÓN DEL COMITÉ DE AUDITORIA MEDICA Y COMITÉ DE AUDITORIA EN SALUD	CAS Y CAM APROBADO CON RD	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
			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	Comité de Auditoria Médica y Comité de Auditoria en Salud de la Calidad y Oficina de Gestión de la Calidad
		AUDITORIA DE CALIDAD EN SALUD	EJECUTAR AUDITORIAS DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN	HC AUDITAD A	04	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	
			EJECUTAR AUDITORIAS DE CASO	HC AUDITAD A	02	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	
			EVALUACIÓN DE REGISTROS DE HC	HC EVALUAD A	120	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	1	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	Comité de Gestión de las Relaciones con el Usuario Externo
		GESTIÓN DE LA PLATAFORMA DE ATENCIÓN AL USUARIO	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	
			EMITIR INFORME TECNICO DEL MODULO DE ESCUCHA AL USUARIO EXTERNO (APERTURA DE BUZON DE SUGERENCIA)	INFORME	4	0	0	1	0	0	1	0	0	1	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	1	0	1

