



PERÚ

Ministerio  
de Salud

Hospital Hermilio  
Valdizán

Oficina de Gestión de  
la Calidad

# HOSPITAL HERMILIO VALDIZAN Oficina de Gestión de la Calidad



## INFORME DEL PLAN DE GESTION DE LA CALIDAD AL IV TRIMESTRE 2018

LIMA – PERÚ



PERÚ

Ministerio  
de Salud

Hospital Hermilio  
Valdizán

Oficina de Gestión de  
la Calidad

## **EQUIPO DE LA OFICINA DE GESTION DE LA CALIDAD**

Dra. Giovanna Zapata Coacalla

Dr. John Loli Depaz

Lic. Lidia Aguilar Romero

Lic. Alva Vitor Tolentino

Lic. Susy Larico Durand

Lic. Karim León Liza

Sra. Ruth Duran Gutiérrez

Sec. Miriam Loayza Alosilla



PERÚ

Ministerio  
de Salud

Hospital Hermilio  
Valdizán

Oficina de Gestión de  
la Calidad

## INFORME DEL PLAN DE GESTION DE LA CALIDAD AL IV TRIMESTRE 2018

La Oficina de Gestión de la Calidad del HHV, cuenta con su Plan de Gestión de la Calidad 2018, por ello eleva su informe señalando los avances y logros de cada una de las actividades, el mismo que contiene las recomendaciones y sugerencias a las diferentes instancias para su implementación, así mismo; se informa sobre los resultados encontrados a la Dirección General para su conocimiento y fines pertinentes.

### EVALUACION DE ACTIVIDADES DE LA OFICINA DE GESTION DE LA CALIDAD:

#### I. GESTIÓN DE PROCESOS PARA LA CERTIFICACIÓN Y/O ACREDITACIÓN DE LA IPRES.

##### 1.1 Formular el Plan de Evaluación Interna en base a 22 macroprocesos:

El Plan se elaboró y presentó en el mes de enero a la Dirección General. En mayo se aprueba mediante RD N° 099-DG/HHV-2018.

##### 1.2 Ejecución de la Evaluación en Base a Criterios y Estándares: Se ha ejecutado la Autoevaluación Interna durante los meses de octubre, noviembre y diciembre del 2018.





PERÚ

Ministerio  
de Salud

Hospital Hermilio  
Valdizán

Oficina de Gestión de  
la Calidad

**1.3 Desarrollar evento de capacitación para Evaluadores Internos:** Se ha realizado la capacitación a los evaluadores internos los días 06 y 07 de agosto del presente año con la participación de ponentes de la DIRIS Lima Este, MINSA y del HHV.

La Lic. Rosario Zavaleta en representación del Ministerio de Salud, la Dra. Carmen Villalba Severino, la Ingeniero Elizabeth Segura en representación de la DIRIS Lima Este.

En dicho evento participaron 33 asistentes el primer día y 35 asistentes el segundo día.



**1.4 Elaboración de informe de resultados, conclusiones y recomendaciones:** El informe final de autoevaluación se ha presentado a la Dirección General y a la DIRIS Lima Este en fecha 02 de enero del 2019.



## II. IMPLEMENTACIÓN DE LA CULTURA DE LA CALIDAD Y MEJORA CONTINUA.

**2.1 Elaboración del Plan de Proyectos de Mejora Continua de Calidad:** El Plan se elaboró y presentó en el mes de marzo a la Dirección General. En mayo se aprueba mediante RD N° 110-DG/HHV-2018.

**2.2 Formulación de Proyectos de Mejora Continua de la Calidad:** Durante el 2018 se ha elaborado y presentado 04 proyectos de Mejora Continua: Plan "Cero Colas", aprobado con RD N° 100-DG/HHV-2018  
Como parte del Plan "Cero Colas" se creó el Consultorio de Atención Rápida "CAR" el cual fue aprobado con RD N° 150-DG/HHV-2018  
Proyecto de Mejora Continua "Creación de la Unidad de Admisión" el cual en la actualidad está en proceso de implementación. La Unidad de Admisión se ha considerado como una parte de la Oficina de Estadística e Informática ya que está dentro de su organización como Unidad Funcional de Admisión.  
Proyecto de Mejora Continua "Cuidando la Seguridad del Paciente" el cual fue evaluado por el Comité de Mejora continua.  
Así mismo el Plan de Fortalecimiento del Anillo de Contención del HHV, fue aprobado con RD N° 132-DG/HHV-2018.  
Acciones de mejora en la Sala de Tratamiento Electroconvulsivo TEC. Los cuales estaban en proceso de implementación.

**2.3 Emisión del Informe Técnico de Proyecto de Mejora Continua:** Todos los proyectos de Mejora Continua y planes, presentados a la Dirección General, cuentan con su debido Informe Técnico.

## III. GESTIÓN DE LAS RELACIONES CON EL USUARIO EXTERNO.

**3.1 Elaboración del Plan de Medición de Satisfacción del Usuario Externo – SERVQUAL:** El Plan se elaboró y presentó en el mes de abril a la Dirección General. Aprobado el 25 de junio del 2018, con RD N° 144-DG/HHV-2018.

**3.2 Ejecución de encuestas de Satisfacción del Usuario Externo:** La encuesta SERVQUAL se aplicó en dos fases en Consulta Externa se realizó en el mes de julio del 2018 y en Hospitalización y Emergencia en el mes de setiembre del 2018 con el apoyo de personal voluntario.



**3.3 Emisión del informe de resultados, conclusiones y recomendaciones de la encuesta SERVQUAL:** El informe de la Encuesta SERVQUAL se ha presentado a la Dirección General y a la DIRIS Lima Este (02 de octubre del 2018) y también ha sido socializado con todos los servicios del hospital.

#### IV. GESTIÓN DE LA PLATAFORMA DE ATENCIÓN AL USUARIO.

**4.1 Elaboración del Plan de Plataforma de Atención al Usuario (Buzón de Sugerencias y Libro de Reclamaciones):** El Plan se elaboró y presentó en el mes de febrero a la Dirección General. En mayo se aprueba mediante RD N° 118-DG/HHV-2018.

**4.2 Fortaleciendo la continuidad del Módulo de Escucha al Usuario Externo (Buzón de Sugerencia):** Mensualmente se realiza el fortalecimiento de los Buzones de Sugerencia y el Libro de Reclamaciones.

**4.3 Emisión del Informe Técnico del Módulo de Escucha al Usuario Externo (Apertura de los Buzones de Sugerencia):** A la fecha se ha realizado la apertura a los Buzones de Sugerencia y se ha elaborado y presentado los Informes correspondientes, con los resultados, sugerencias y recomendaciones a la Dirección General y servicios involucrados. Total =54 sugerencias en el 2018.

**4.4 Emisión de Reporte del Libro de Reclamaciones a la autoridad MINSA:** A la fecha se ha elaborado y presentado a la Dirección General, los informes mensuales, con el Reporte del Libro de Reclamaciones y las Soluciones Inmediatas.

Tabla 4: Reclamos atendidos en el año 2018

RECLAMOS	NÚMERO
Reclamos en Libro de Reclamaciones	120
Soluciones Inmediatas	519 orientaciones 1062 información 366 reclamos 20 sugerencias
<b>Total</b>	<b>1863</b>

*Nota: Datos del Informe de PAUS*



Como se observa en la tabla 4 gracias a las soluciones inmediatas se ha evitado que 1743 reclamos sean colocados en el libro de reclamaciones.

La OGC ha realizado el cambio de horarios de atención de 7:00am a 7:00pm, y la atención en dos turnos mañana y tarde.

**4.5 Elaboración de Reporte del Libro de Reclamaciones a OCI/HHV:** Se ha elaborado y presentado a la Oficina de Control Institucional – OCI, el reporte del Libro de Reclamaciones de ambos semestres.

**4.6 Elaboración del Informe de Gestión de la Plataforma de Atención al Usuario:** El informe ha sido presentado en diciembre del 2018.

## V. GESTIÓN DEL RIESGO Y LAS BUENAS PRACTICAS EN SEGURIDAD AL PACIENTE

**5.1 Formulación del Plan de Seguridad del Paciente en base a Eventos Registrados:** El Plan se elaboró y presentó en el mes de enero a la Dirección General. En mayo se aprueba mediante RD N° 098-DG/HHV-2018.

**5.2 Elaboración de un instrumento para el análisis de comunicación interna y externa ante la presencia del Evento Centinela:**

En abril del 2018, se ha presentado a la Dirección General, la oficialización de la Ficha de Registro de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinela, que ha sido aprobado mediante RD N° 135-DG/HHV-2018 que actualmente está siendo implementada en todos los servicios del Hospital.

**5.3 Emisión del informe de resultados, conclusiones y recomendaciones de Rondas de Seguridad del Paciente:** Se presentó el informe de Ronda de Seguridad del Paciente en el mes de abril y se presentó el informe de seguimiento de las Rondas de Seguridad en diciembre del 2018.

**5.4 Emisión del informe de resultados, conclusiones y recomendaciones de Eventos Adversos:** Para el presente año, se ha presentado los informes correspondientes.



PERÚ

Ministerio  
de Salud

Hospital Hermilio  
Valdizán

Oficina de Gestión de  
la Calidad

## VI. ORGANIZACIÓN PARA LA CALIDAD Y DERECHO DE LAS PERSONAS

**6.1 Elaboración del Plan Anual de Gestión de la Calidad:** El Plan se elaboró y presentó en el mes de febrero a la Dirección General. En mayo se aprueba mediante RD N° 120-DG/HHV-2018.

**6.2 Reporte del Plan Anual de Gestión de la Calidad:** Se presentó el Informe correspondiente al I Trimestre y del I Semestre, y el informe anual.

## VII. GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN SANITARIAS DE INVESTIGACIÓN PARA LA CALIDAD.

**7.1 Elaboración del Plan de Auditoría de la Calidad de la Atención:** El Plan se elaboró y presentó en el mes de enero a la Dirección General. Aprobado el 28 de junio del 2018, con RD N° 148-DG/HHV-2018.

**7.2 Ejecución de Auditorias de Registro de Historias Clínicas:** En total se han realizado 120 Evaluaciones de Registro de Historias Clínicas (ERHC) durante el 2018 habiéndose cumplido lo establecido.

**7.3 Ejecución de Auditorias Programadas de Casos Clínicos:** Con el apoyo de un Médico Auditor de la Oficina de Seguros – SIS, se ha elaborado 11 Auditorias Programadas y 01 auditoría de caso.

**7.4 Elaboración de Informe de Gestión de Auditoria de la Calidad en Atención de Salud:** Al primer Trimestre 2018, se cumplió con la presentación del Informe de Evaluación de la Calidad de los Registros de Atención, el correspondiente al I Semestre 2018, también se ha presentado y se ha socializado.

**7.5 Proyecto de investigación en calidad aprobado:** En proceso de elaboración

## VIII. OTRAS ACTIVIDADES

Con motivo de mejorar el Buen Trato al Usuario, el Equipo de Gestión de la Calidad con motivo de celebrar el 13 aniversario de la OGC, organizó la Semana de la Calidad 2018 en el Hospital Hermilio Valdizán; en la que se realizaron las siguientes actividades:



- **Jornada Académica:** Capacitación en elaboración de Guías de la Práctica Clínica, el mismo que se realizó el miércoles 24 de octubre 2018, a horas 10:00 a.m. en el auditorium principal del HHV, el cual contó con la participación de la Dra. Carmen Villalva Severino, responsable de la DIRIS LE y la Dra. Guísela Vargas Cajahuanca representante del Hospital Víctor Larco Herrera y la participación de 61 asistentes.





PERÚ

Ministerio  
de Salud

Hospital Hermilio  
Valdizán

Oficina de Gestión de  
la Calidad



- **Concurso de Periódicos Murales sobre Calidad Asistencial:** El concurso contó con sus bases respectivas, cuya finalidad fue promover la calidad de atención en nuestra institución, mediante la participación de las unidades orgánicas, quienes presentaron un ilustrativo Periódico Mural, en el cual expusieron su cartera de servicios a nuestros usuarios externos e internos, se premió a los tres primeros puestos. La actividad, se realizó el jueves 25 de octubre, de 9:00 am a 1:00 pm, en la rotonda de nuestra institución, mediante carpas instaladas en el frontis del HHV.

Las unidades orgánicas que participaron fueron:



PERÚ

Ministerio  
de Salud

Hospital Hermilio  
Valdizán

Oficina de Gestión de  
la Calidad

1. Oficina de Personal
2. Servicio de Odontoestomatología
3. Clínica - hospitalización
4. Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental
5. Dpto. Salud Mental en Familia
6. Servicio de Emergencia
7. PPR – Presupuesto por Resultado
8. Departamento de Enfermería
9. Oficina de Estadística e Informática
10. Dpto. Salud Mental del Niño y Adolescente
11. Relaciones Públicas e Imagen Institucional

De los cuales los ganadores fueron:

- 1er. Puesto: Servicio de Emergencia
- 2do. Puesto: Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental
- 3er Puesto: Oficina de Estadística e Informática





PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital Hermilio Valdizán

Oficina de Gestión de la Calidad



- **Ceremonia Protocolar:**

Durante dicho evento se realizó la entrega de:

- RD Nro 235 –DG/HHV-2018 de felicitación al personal del Departamento de Salud Mental en Familia
- RD Nro 226 – DG/HHV-2018 de felicitación al Equipo de Autoevaluadores Internos del Hospital Hermilio Valdizán.

Se presentó 2 videos institucionales:

- Video institucional del HHV
- Video titulado mejorando la experiencia del paciente con una sonrisa para sensibilizar al personal en el buen trato.

Presentación artística: “Lavado de manos” al ritmo de la canción la chismosa de los Campesinos de Bambamarca, para enseñar al personal de una manera diferente la importancia del lavado de manos en nuestro quehacer diario.





## IX.-PLAN CERO COLAS

El Plan Cero Colas, fue elaborado por la Oficina de Gestión de la Calidad, presentado a la Dirección General el 27 de abril 2018 con Memorando N° 203/OGC/HHV/2018, junto con el proyecto de Resolución Directoral e Informe técnico, para la aprobación del Plan.

El Plan Cero Colas fue aprobado con Resolución Directoral N° 100-DG/HHV/2018, con fecha 05 de mayo del 2018.

Con Memorando N° 225, 239, 254, 269 y 271-OGC/HHV/2018, el Plan “Cero Colas”, fue socializado a los diferentes Servicios del Hospital, a quienes se les han proporcionado las tareas específicas a realizar, que no requieren presupuesto.

Con Memorando N° 298/OGC/HHV/2018, se solicitó a la Dirección General, el acondicionamiento de ambientes:

- Habilitación de ambiente ya existente (cochera) para el archivo pasivo de las Historias Clínicas.
- Habilitación de un ambiente de caja (actualmente es una ventanilla SIS) solo para pago de consultas.
- Cerrar las ventanillas de Admisión/Estadística, e incrementar cuatro (04) módulos ventanillas al lado de las ventanillas SIS.
- Implementar el sistema interno de control para asegurar la puntualidad del personal de Consulta Externa, SIS, Admisión, PAUS, Caja.

**A la fecha, los avances del Plan “Cero Colas”, son los siguientes:**

9.1.-Disponibilidad de las Historias Clínicas en consulta externa

9.2.-Acondicionamiento de ambiente para el archivo de Historias Clínicas

9.3.-Creación del Consultorio de Atención Rápida en consulta externa

9.4.-El proyecto de mejora continua: Creación de la Unidad de Admisión



## 9.1.-DISPONIBILIDAD DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS EN CONSULTA EXTERNA

Tabla 1: Porcentaje de Historias Clínicas disponibles en Consulta Externa

INDICADORES	FUENTE DE DATOS	LÍNEA DE BASE	METAS	LOGROS
% de Historias Clínicas disponibles	Registro de Ingreso de HCL en Consulta Externa	80%	Incrementar a 90%	98% de HCL disponibles
Tiempo de espera para obtener la primera cita	Libro de Reclamaciones y Buzón de Sugerencias	12h	Disminuir a 4 horas	Se ha disminuido a 4h. La cita se ha actualmente a las 10:30 am

Como se observa en la tabla 1 el porcentaje de Historias Clínicas disponibles es del 98%, habiéndose mejorado respecto a la línea base que era 80%.

Tabla 2: Porcentaje de no disponibilidad de Historias Clínicas (lunes 18 al sábado 23 de julio del 2018)

Mes de Junio 2018	Turno Mañana	Porcentaje % no disponibilidad del HCL	Turno Tarde	Porcentaje % no disponibilidad del HCL
Lunes 18	03 (162)	1.85	05 (116)	4.31
Martes 19	04 (190)	2.10	03 (182)	1.64
Miércoles 20	06 (165)	3.63	02 (118)	1.69
Jueves 21	02 (155)	1.29	03 (159)	1.88
Viernes 22	05 (165)	3.03	-- (151)	0
Sábado 23	05 (217)	2.03		0
Promedio				1.97

Para hallar el porcentaje de disponibilidad de Historias Clínicas en Consulta Externa se ha tomado una muestra del mes de julio 2018 (lunes 18 al sábado 23) como se observa en la tabla 2.

En promedio el porcentaje de no disponibilidad de las Historias Clínicas en Consulta Externa es de 1.97%.



## 9.2.-ACONDICIONAMIENTO DE AMBIENTE PARA EL ARCHIVO DE HISTORIAS CLÍNICAS

A la fecha se ha acondicionado un ambiente ya existente (cochera) para el archivo de las historias clínicas lo cual aún se está implementando que está permitiendo un mayor ordenamiento de las historias por lo tanto una mejora en la provisión de las historias clínicas a consulta externa.

## 9.3.-CREACIÓN DEL CONSULTORIO DE ATENCIÓN RÁPIDA EN CONSULTA EXTERNA

Como parte de la implementación del Plan “Cero Colas”, se ha creado el Consultorio de Atención Rápida “CAR” en Consulta Externa, que tiene como objetivo atender a la demanda que no es Emergencia, que por una u otra razón perdió la cita con el Médico tratante. El CAR, empezó a atender a partir del 1ro de junio del 2018, en el turno mañana de 8:00 am a 2:00, de lunes a sábados. Para ello:

- Se solicitó a la Dirección General la oficialización del Consultorio de Atención Rápida “CAR”, en Consulta Externa, mediante Memorando N° 248/OGC/HHV/2018.
- Fue aprobado con Resolución Directoral N° 150-DG/HHV/2018.
- Mediante Memorando Múltiple N° 027-OGC-HHV-2018, se socializó a los diferentes órganos y Unidades Orgánicas del Hospital Hermilio Valdizán.

Tabla 3: Atenciones en el Consultorio de Atención Rápida “CAR” en consulta externa

MES	ATENCIÓN CAR
JUNIO	467 pacientes
JULIO	448 pacientes
AGOSTO	494 pacientes
SETIEMBRE	399 pacientes
OCTUBRE	510 pacientes
NOVIEMBRE	553 pacientes
DICIEMBRE	447 pacientes

Como se observa en la tabla 3 el Consultorio de Atención Rápida ha atendido a pacientes que por una u otra razón perdieron su cita con su médico tratante. Este Consultorio de Atención Rápida ha permitido mejorar el acceso a la atención de nuestros usuarios externos.



#### **9.4.-EL PROYECTO DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD: CREACIÓN DE LA UNIDAD DE ADMISIÓN**

También como parte del Plan Cero Colas se ha elaborado un Proyecto de Mejora Continua denominado: “Creación de la Unidad de Admisión”

Este proyecto fue presentado a la Dirección General el 27 de abril 2018, con Memorando N° 202/OGC/HHV/2018 y socializado por la Dirección General a los diferentes Órganos y Unidades Orgánicas del HHV, mediante Memorando N° 007/DG/HHV/2018, al cual la Oficina de Gestión de la Calidad le ha realizado el seguimiento correspondiente.

La Oficina de Gestión de la Calidad evaluó las opiniones vertidas por los diferentes órganos y Unidades Orgánicas y elevó a la DG el Memorando N° 273/OGC/HHV/2018, opiniones del Proyecto de Mejora Continua “Creación de la Unidad de Admisión”, además se adjuntó proyecto de Resolución Directoral e Informe N° 016/OGC/HHV/2018 con el sustento técnico para la aprobación del proyecto.

Con Memorando N° 299/OGC/HHV/2018, se solicitó a la Dirección General el acondicionamiento de Ambientes para la Unidad de Admisión:

- Acondicionamiento del Contenedor de metal para 04 consultorios de Triaje.
- Instalación de techo nuevo en la ampliación del área de admisión SIS.
- Construcción de piso en la ampliación del área de Admisión SIS.
- Adecuación de baño para la Unidad de Admisión.
- Se adjuntó propuesta de plano de la Unidad de Admisión y propuesta de plano de acondicionamiento del contenedor.

En fecha 23 de julio la Oficina de Planeamiento Estratégico envía a la DG el Memorando Nro 237 – OEPE-HHV-2018 en la cual indica que el Hospital ya cuenta con la Unidad de Admisión la que depende de la Oficina de Estadística e Informática, según el Manual de Organización y Funciones aprobado con RD Nro 301-DG/HHV-2016. Teniendo en consideración esto, en la actualidad se viene trabajando con la Oficina de Estadística e Informática para que esta Unidad de Admisión se haga efectiva en el sentido de unificar todas las pequeñas unidades de admisión que existe en el hospital.

Se están realizando los requerimientos respectivos para la implementación de dicha Unidad de admisión.

**Actualmente en etapa de implementación.**



## **X.-ACCIONES DE MEJORA EN LA SALA DE TEC**

Con Memorando Múltiple Nro 022/OGC/HHV/2018 (17 de mayo del 2018) se envió Las Acciones de Mejora para la Sala de Tratamiento Electroconvulsivo para opinión técnica al DSMAG y Dpto de Enfermería.

Con Memorando Nro 258/OGC/HHV/2018 se solicitó información sobre consumo de materiales para uso del TEC.

Con Memorando Nro 283/OGC/HHV/2018 se solicitó el Aforo de la Sala de TEC a la UFGRD

Con 287/OGC/HHV 2018 se solicitó a la Oficina de Epidemiología las Medidas de Bioseguridad del paciente, personal, ambiente, y equipos y materiales de la Sala de TEC.

Luego de una reunión de coordinación con la Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación se presentó a la DG y DA Con Memorando Nro 303/OGC/HHV/2018 las Recomendaciones de acuerdo a la NTS Nro 139/MINSA/2018/DGAIN para ser implementado en los diferentes servicios del Hospital. En este documento se recomienda respecto al ingreso de alumnos a la Sala de TEC que solo ingresarán los Médicos Residentes. Además se recomienda el uso del consentimiento informado para las actividades de docencia.

Con Memorandum Nro 314-OGC/HHV/2018 se solicitó a la DG Aprobación y Oficialización de las Acciones de Mejora para la Sala de Tratamiento Electroconvulsivo TEC.

Con Memorando Circular Nro 005/OGC/HHV/2018 se envió a todos los Servicios la Implementación de las Acciones de Mejora en la la Sala de TEC.

## **XI.-PROYECTO DE MEJORA CONTINUA “CUIDANDO LA SEGURIDAD DEL PACIENTE**

Fue presentado a la DG con Informe Nro 014/OGC/HHV/2018 Sustento para la aprobación del Proyecto de Mejora Continua de la Calidad “Cuidando la Seguridad del Paciente” (17 de mayo del 2018)

Con Oficio Nro 040-OAJ/HHV/2018 Asesoría Jurídica envía el documento a la DG indicando que el Proyecto sea derivado al Comité de Mejora Continua.

Con Memorando Nro 264/DG/HHV/2018 la DG lo remite a dicho comité.

Fue evaluado por el Comité de Mejora Continua

Con Memorando 315-OGC/HHV/2018 se eleva a DG Informe sobre sillas de ruedas. También se comunica a la DG que la Oficina de Gestión de la Calidad está realizando las gestiones para obtener 50 sillas de ruedas mediante donación por una institución de caridad.

Oficio Nro 512-DG/HHV/2018 se solicita la Donación de 50 sillas de ruedas y ropa para pacientes.



PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital Hermilio Valdizán

Oficina de Gestión de la Calidad

Con Memorando Nro 312-OGC/HHV/2018 se solicita a DG la Ampliación y Refacción del Comedor del Pabellón 5 del HHV.

Con Memorando Nro 311-OGC/HHV/2018 se solicita a DG la implementación de las mejoras para cuidar la seguridad del paciente en los servicios de hospitalización y Emergencia

**Se hizo efectiva la gestión de la donación de equipos médicos y ropa para pacientes por la Iglesia de Jesucristo de los Santos de los Ultimos días, dicha donación consta de:**

15 sillas de ruedas, 06 sillas para ducha de pacientes, 04 andadores sin ruedas, 05 camillas de transporte, 01 juego de mesa para niños, 01 juego de parque para niños, pijamas para damas y varones de invierno y verano.





## XII.-PLAN DE FORTALECIMIENTO DEL ANILLO DE CONTENCIÓN

Fue elaborado por la Oficina de Gestión de la Calidad por encargo de la DG y presentado en abril del 2018.

Fue aprobado con RD Nro 132-DG/ HHV/2018 en fecha 13 de junio del 2018

En fecha 24 de mayo del 2018 el equipo técnico de la Oficina de Gestión de la Calidad se reunió con la Alcaldesa de la Municipalidad de Santa Anita Sra Leonor Chumbimune Cajahuaringa y se firmó un acta donde el HHV debe elaborar un Proyecto Convenio de Cooperación Interinstitucional, con el compromiso del Municipio de ceder dos ambientes en la Casa de la Mujer.

Además se solicitó con Oficio Nro 447 –DG/HHV/2018 la donación de un Servidor Web y 50 equipos de cómputo a la Municipalidad del Distrito de Santa Anita.

Con Oficio Nro 458/DG/HHV/2018 se remitió a la Municipalidad las características de los equipos informáticos.

Con memorando Nro 240 –DG/HHV/2018 la DG eleva el documento a Asesoría Jurídica para la elaboración del Convenio

Con Oficio Nro 041-OAJ/HHV/2018 Asesoría Jurídica devuelve a la DG el documento indicando que la Oficina de Gestión de la Calidad elabore un Informe Técnico.

La Oficina de Gestión de la Calidad con Informe Nro 018-OGC/HHV/2018 eleva a la DG el Sustento para Convenio de Cooperación Interinstitucional entre el HHV y la Municipalidad Distrital de Santa Anita (04 de junio del 2018).

Con Oficio Nro 047-OAJ/HHV/2018 Asesoría Jurídica devuelve a la DG el documento indicando que la Oficina de Gestión de la Calidad indicando que se vuelva a elaborar el Informe Técnico “deberá indicar cuales son aquellas actividades en salud mental que permitirán beneficiar a la salud del distrito, así como los proyectos de innovación y demás que indica en el citado informe”.

La Oficina de Gestión de la Calidad con Informe Nro 020-OGC/HHV/2018 eleva a la DG el Sustento para Convenio de Cooperación Interinstitucional entre el HHV y la Municipalidad Distrital de Santa Anita.

Con Informe Nro 156-OAJ/HHV/2018 Asesoría Jurídica devuelve a la DG el documento indicando que la Oficina de Gestión de la Calidad elabore el Informe Técnico y el Proyecto Convenio.

**No se hizo efectiva la donación**



### **XIII.-GUIAS DE LA PRÁCTICA CLINICA**

Memorando Nro-215/OGC/HHV/2018 se solicita a DAMOC la actualización de las Guías de la Práctica Clínica.

Memorando Nro-216/OGC/HHV/2018 se solicita al Departamento de Salud Mental en Familia la actualización de las Guías de la Práctica Clínica.

Memorando Nro-217/OGC/HHV/2018 se solicita al Departamento de Psiquiatría Infantil la actualización de las Guías de la Práctica Clínica.

Memorando Nro-286/OGC/HHV/2018 se envía Guías de atención Odontoestomatológica a Odontólogo revisor.

Memorando Nro 288-OGC/HHV/2018 se envía a Epidemiología para revisión el Plan de Manejo de Residuos Sólidos y Protocolo de desinfección y Esterilización del servicio de Odontoestomatología.

Memorando Nro 289/OGC/HHV/2018 se envía a la OEPE el manual de procedimientos odontológicos.

Memorando Nro 290/OGC/HHV/2018 se envía a la UFGRD el Plan de Contingencia frente a Emergencias y Desastres del Servicio de Odontoestomatología.

Memorando Nro 292/OGC/HHV/2018 se envía al Comité de Historias Clínicas para revisión y evaluación el formato de Historia Clínica y los Consentimientos Informados del Servicio de Odontoestomatología.

Memorando Nro 300/OGC/HHV/2018 se envía a Odontología para levantamiento de observaciones el Plan de Contingencia y se comunica que ya tiene el MAPRO aprobado con RD Nro 235/DG/HHV/2017 de fecha 14 de noviembre del 2017

Memorando Nro 307/OGC/HHV/2018 se envía a Odontología para levantamiento de observaciones el Plan de Manejo de Residuos Sólidos y Protocolo de desinfección y Esterilización del servicio de Odontoestomatología.

### **XIV.-MAPRO DE CALIDAD**

Con Memorando Nro 285/OGC/HHV/2018 se presenta a la DG el Manual de Procesos y Procedimientos de la Oficina de Gestión de la Calidad (12 de junio del 2018) para aprobación con RD. Actualmente se encuentra en la Dirección General.