



Resolución Directoral

Santa Anita, 31 de Enero de 2019

VISTO:

El Expediente N° 19MP-01174 e Informe N° 001/OGC-HHV/2019 sobre "Aprobación del Plan de Gestión de la Calidad del Hospital Hermilio Valdizán, periodo 2019";

CONSIDERANDO:

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

Que, mediante Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, se aprueba el Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud"; y mediante Resolución Ministerial N° 640-2006/MINSA, el Manual para la Mejora Continua de la Calidad", cuya finalidad es contribuir a fortalecer los procesos de mejora continua en salud en los establecimientos de salud y servicio médico de apoyo;

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

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

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

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

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



Que, la Oficina de Gestión de la Calidad ha elaborado el Plan de Gestión de la Calidad del HHV 2019 del Hospital Hermilio Valdizán; con el fin 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; así como dentro de sus objetivos generales esta mejorar la calidad de los servicios de salud en el hospital mediante la implementación del sistema de gestión de calidad; y como objetivos específicos el de promover y fortalecer la seguridad del paciente mediante la implementación del sistema de registro, notificación y análisis de la ocurrencia de eventos adversos, entre otros;

Que, mediante documento de visto la Oficina de Gestión de la Calidad, solicita aprobación del Plan de Gestión de la Calidad 2019 del Hospital Hermilio Valdizán, el cual consta de cincuenta y dos (52) páginas; lo que se hace necesario expedir el respectivo acto resolutivo;

En uso de las facultades conferidas por el Artículo 11° inciso c), del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Hermilio Valdizán, aprobado por la Resolución Ministerial N° 797-2003-SA/DM; y, contando con la visación de la Dirección Adjunta de la Dirección General, Director Ejecutivo de Planeamiento Estratégico, Oficina de Gestión de la Calidad y Oficina de Asesoría Jurídica del Hospital;

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- APROBAR el **PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD DEL HOSPITAL HERMILIO VALDIZÁN**, periodo 2019 el mismo que consta de cincuenta y dos (52) páginas, la misma que forma parte integrante de la presente resolución.

Artículo 2°.- DISPONER que la Oficina de Gestión de la Calidad, difunda e implemente el mencionado Plan, asimismo informará cada seis meses 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 y Archívese,

MINISTERIO DE SALUD
Hospital Hermilio Valdizán

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

GLCV,
DISTRIBUCION:
SDG
OGC
OEPE
OAJ
OCI
INFORMATICA



MINISTERIO DE SALUD HOSPITAL HERMILIO VALDIZÁN



PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD 2019

EQUIPO DE LA OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

Dra. Giovanna Zapata Coacalla
Dr. John Loli Depaz
Lic. Víctor Ramón García Herbozo
Lic. Lidia Aguilar Romero
Lic. Alva Vitor Tolentino
Lic. Susy Larico Durand
Lic. Karim León Liza
Sra. Ruth Duran Gutiérrez
Sec. Miriam Loayza Alosilla

Índice

	<i>Pág.</i>
I. INTRODUCCIÓN	2
II. FINALIDAD	4
III. OBJETIVOS	4
IV. BASE LEGAL	5
V. ÁMBITO DE APLICACIÓN	7
VI. NATURALEZA, FINES Y MISION DE LA OFICINA DE GESTION DE LA CALIDAD	7
VII. LINEAS O EJES DE ACCION DEL SISTEMA GENERAL DE CALIDAD	8
VIII. ACCIONES PRIORITARAS	10
IX. ACTIVIDADES Y TAREAS	11
X. RESPONSABILIDAD	12
XI. CRONOGRAMA	13

I. INTRODUCCIÓN

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

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 mejora continua de la calidad constituye la razón de ser de la Oficina de Gestión de la Calidad, donde todo problema encontrado es una oportunidad para mejorar. Además la mejora constituye una exigencia ética, individual y organizacional de todos los trabajadores del hospital quienes estamos comprometidos de optimizar la calidad de atención de nuestro hospital.

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 los procesos asistenciales y administrativos con la participación activa del personal.

Por lo que pone a consideración el presente Plan de Gestión de la Calidad 2019 del Hospital Hermilio Valdizán el cual parte del informe final del año 2018 en nuestros diferentes ejes estratégicos como son: Gestión de las Relaciones con el usuario externo, Gestión del riesgo y seguridad del paciente, Autoevaluación en el marco de la acreditación, Auditoria de la Calidad de Atención en Salud y Mejora Continua. La evaluación de estos diferentes ejes estratégicos nos ha permitido identificar brechas de desempeño del hospital respecto a estándares previamente definidos, brechas que al ser subsanadas permiten mejorar la calidad de atención en el hospital.

II. FINALIDAD:

El presente plan tiene como finalidad establecer los objetivos, resultados y actividades orientadas a la mejora continua de los procesos estratégicos, misionales y de apoyo, del Hospital Hermilio Valdizán para el periodo 2019.

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 en el marco de la Acreditación del Hospital Hermilio Valdizán.
- 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.
- Realizar las Rondas de Seguridad del Paciente.
- Realizar la Auditoria de la Calidad de Atención en el HHV como instrumento de mejora de la calidad.
- Impulsar 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

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

IV. BASE LEGAL

- Ley N° 26842, Ley General de Salud
- Ley N° 29414, Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud.
- Resolución Ministerial N° 1263-2004/MINSA, Lineamientos para la Organización y Funcionamiento de la Estructura de Calidad de los Hospitales del MINSA.
- Decreto Supremo N° 013-2006-SA, aprobó el “Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- Resolución Ministerial N° 502-2016/MINSA, aprobó la N.T. N° 029-MINSA/DIGEPRES-V.02 “Norma Técnica de Salud de Auditoria de la Calidad de Atención en Salud”.
- Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, aprobó la NTS N° 050-MINSA/DGSP-V02 “Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo”.
- Resolución Ministerial N° 889-2007/MINSA, aprobó la Directiva Administrativa N° 123-MINSA/DGSP-V.01 “Directiva Administrativa para el Proceso de Auditoria de Caso de la Calidad de la Atención en Salud”.
- Resolución Ministerial N° 589-2007/MINSA, aprobó el Plan Nacional Concertado de Salud.
- Resolución Ministerial N° 797-2003-SA/DM, aprobó el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Hermilio Valdizán.
- Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, aprobó el Documento Técnico “Política Nacional de Calidad en Salud”.

- Resolución Ministerial N° 527-2011/MINSA, aprobó la Guía Técnica para la evaluación de la Satisfacción del Usuario Externo en los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo”.
- Resolución Ministerial N° 095-2012/MINSA, aprobó Guía Técnica: “Guía para la elaboración de Proyectos de Mejora y la aplicación de Técnicas y Herramientas para la Gestión de la Calidad”.
- Resolución Ministerial N° 768-2001/MINSA, aprobó el Sistema de Gestión de la Calidad.
- Resolución Ministerial N° 214-2018/MINSA, aprueba N.T. N° 139-MINSA/2018/DGAIN Norma técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica
- Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, aprueba el documento técnico de Sistema de Gestión de la Calidad en Salud
- Resolución Ministerial N° 270-2009/MINSA, aprueba la Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo
- Resolución Ministerial N° 676-2006/MINSA, aprueba el Plan Nacional para la Seguridad del Paciente 2006 - 2008
- Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, aprueba el Documento Técnico Política Nacional de Calidad en Salud
- Resolución Ministerial N° 255-2016/MINSA, aprueba la Guía Técnica para la Implementación del Proceso de Higiene de Manos en los Establecimientos de Salud Clínica
- Resolución Ministerial N° 603-2007/MINSA, aprueba la Directiva Administrativa N° 118-MINSA /DST-V.02: Directiva Administrativa que regula el procedimiento para la atención de consultas, sugerencias, quejas, solicitudes de interposición de buenos oficios y consejería en la defensoría de la salud y transparencia del Ministerio de Salud
- Decreto Supremo N° 042-2011-PCM: Obligación de las entidades del sector público de contar con un libro de reclamaciones

V. AMBITO DE APLICACIÓN

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

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

a) Naturaleza y fines

Naturaleza:

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

Fines:

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

- Proponer la inclusión de actividades e indicadores de calidad en los planes institucionales
- Incorporar el enfoque de calidad en los planes estratégicos y operativos institucionales, así como en la capacitación y gestión de los recursos humanos en salud.
- Implementar las estrategias, metodologías e instrumentos de la calidad y mejora continua en los servicios.
- Efectuar el monitoreo y evaluación de los indicadores de control de la calidad en los diferentes servicios del hospital e informar a la Dirección de Salud o Dirección de Red de Salud según corresponda.
- Asesorar en el desarrollo de la Autoevaluación, el proceso de Acreditación y Auditoría Clínica, según las normas que establezca el Ministerio de Salud.
- Asesorar en la formulación de normas, guías de atención y procedimientos de atención al paciente.
- Promover la ejecución de estudios de investigación en calidad de servicios de salud

- Desarrollar mecanismos de difusión de los resultados de la evaluación de la calidad y de la captación de la información del paciente.

b) Misión de la Oficina de Gestión de la Calidad

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

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

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

AUTOEVALUACIÓN EN EL MARCO DE LA ACREDITACIÓN

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

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

AUDITORIA EN SALUD

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

GESTIÓN DEL RIESGO Y LAS BUENAS PRÁCTICAS EN SEGURIDAD DEL PACIENTE

La gestión del riesgo y seguridad del paciente es objetivo permanente de la Oficina de Calidad, ello se logrará mediante la reducción y mitigación de actos inseguros dentro del sistema de salud a través del uso de las mejores prácticas, que garanticen la obtención de óptimos resultados para el paciente. La ejecución de rondas de seguridad y la vigilancia y monitoreo de eventos adversos constituyen los mecanismos o estrategias para lograr la seguridad del paciente

MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD

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

GESTIÓN DE LAS RELACIONES CON EL USUARIO EXTERNO – PAUS

Libro de Reclamaciones

Es el libro que, por Decreto Supremo N° 042-2011-PMC, 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.

Buzón de Sugerencias

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

MEDICIÓN DEL GRADO DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO EXTERNO.

La evaluación de la calidad de servicio desde la percepción del Usuario Externo constituye una medida de calidad del servicio a la vez que brinda información importante para acciones de mejora continua de la calidad de atención. Dicha evaluación se desarrolla mediante la encuesta SERVQUAL, una herramienta de escala

multidimensional para evaluar la calidad del servicio, brindado en las Instituciones como el sector de Educación, Salud, y otros. desarrollado por Valerie A. Zeithaml, A. Parasuraman y Leonard L. Berry. Quienes sugieren que la comparación entre las expectativas generales de los usuarios y sus percepciones respecto al servicio que presta una Organización o Institución, puede constituir una medida de calidad del servicio y la brecha existente entre ambas como un indicador para mejorar.

VIII. ACCIONES PRIORITARIAS

Es prioridad entre otras acciones las siguientes:

- a) Continuar desarrollando el proceso de Autoevaluación en el HHV en el marco de la acreditación.
- b) Promover y fortalecer el Sistema de Registro, Notificación y Análisis de la ocurrencia de Eventos Adversos
- c) Realizar la Auditoria de la Calidad de Atención en salud para fortalecer la calidad de servicio.
- d) Formular e Implementar Proyectos de Mejora Continua de la Calidad.
- e) 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.
- f) 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).
- g) 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
- h) Implementar el uso de Protocolos de Atención, Guías de la Práctica Clínica, Manuales de Procedimientos para mejorar la calidad de atención.

IX. ACTIVIDADES Y TAREAS

9.1 AUTOEVALUACIÓN EN EL MARCO DE LA ACREDITACIÓN

- Conformar el Comité de Autoevaluación
- Formular el Plan de Autoevaluación 2019.
- Conformar el Equipo de Autoevaluadores Internos
- Conformar el Equipo de Acreditación
- Realizar evento de capacitación a los autoevaluadores internos
- Ejecutar la autoevaluación en base a criterios y estándares de 22 macroprocesos
- Elaborar el informe de resultados, conclusiones y recomendaciones.
- Realizar seguimiento e implementación de las recomendaciones.

9.2 AUDITORIA EN SALUD

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

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

- Conformar el Comité 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 rondas de seguridad del paciente
- Emitir informe de resultados, conclusiones y recomendaciones de ronda de seguridad del paciente.
- Emitir informe de ocurrencias de eventos adversos
- Emitir informe de resultados, conclusiones y recomendaciones.

9.4 IMPLEMENTACIÓN PROYECTOS DE MEJORA CONTINUA

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

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

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

9.6 ENCUESTA SERVQUAL.

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

X. RESPONSABILIDADES

La unidad orgánica encargada de realizar el monitoreo, supervisión y evaluación de las acciones programadas en el Plan de Gestión de la Calidad 2017, es la Oficina de Calidad, para lo cual coordinará con los diferentes comités sobre el desarrollo de las diferentes dimensiones, promoviendo la evaluación, implementación de los reajustes y detectando los logros y dificultades.

XI. CRONOGRAMA

OBJETIVO ESTRATEGICO GENERAL: FORTALECER PERMANENTEMENTE LAS ACCIONES DE MEJORA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD.					METAS PROGRAMADAS AL IV TRIMESTRE 2019												RESPONSABLES
ACTIVIDAD	TAREA	U.M.	META ANUAL 2019	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D		
GESTIÓN DE PROCESOS PARA LA CERTIFICACIÓN Y/O ACREDITACIÓN DE LA IPRES	CONFORMACIÓN DE EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS Y EQUIPO DE ACREDITACIÓN	EQUIPOS APROBADO CON RD	2	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Equipo de Acreditación, Equipo de Evaluadores Internos y Oficina de Gestión de la Calidad	
	FORMULAR PLAN DE AUTOEVALUACION EN BASE A 22 MACROPROCESOS	PLAN	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
	DESARROLLAR EVENTO DE CAPACITACIÓN PARA EVALUADORES INTERNOS.	INFORME	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0		
	EJECUTAR LA EVALUACIÓN INTERNA EN BASE A CRITERIOS Y ESTÁNDARES	ACCIÓN	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0		
	ELABORAR INFORME DE RESULTADOS CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES Y SEGUIMIENTO	INFORME	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0		
IMPLEMENTACIÓN DE LA CULTURA DE LA CALIDAD Y MEJORA CONTINUA	ELABORAR EL PLAN DE PROYECTOS DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD	PLAN	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Comité de Mejora Continua de la Calidad y Oficina de Gestión de la Calidad	
	IMPLEMENTACIÓN DE PROYECTO Y/O ACCIONES DE MEJORA EN RELACIÓN A LAS LÍNEAS DE ACCIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	INFORME	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1		
	CAPACITACIÓN A PERSONAL DEL HOSPITAL EN PROYECTOS DE MEJORA CONTINUA	INFORME	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0		
GESTIÓN DE LAS RELACIONES CON EL USUARIO EXTERNO	ELABORAR PLAN DE MEDICION DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO EXTERNO - SERVQUAL	PLAN	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Oficina de Gestión de la Calidad	
	EJECUTAR ENCUESTA DE SATISFACCION DE USUARIO EXTERNO	ESCUESTA	407	0	0	0	0	0	407	0	0	0	0	0	0		

		EMITIR INFORME DE RESULTADOS, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES DE LA ENCUESTA SERVQUAL	INFORME	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	
		MEDICIÓN DE LOS TIEMPOS DE ESPERA Y MOVIMIENTOS EN CONSULTA EXTERNA/ HOSPITALIZACIÓN Y EMERGENCIA	INFORME	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	
GESTIÓN DE LA ATENCIÓN AL USUARIO	DE AL	ELABORAR EL PLAN DE PLATAFORMA DE ATENCIÓN AL USUARIO (BUZON DE SUGERENCIAS Y LIBRO DE RECLAMACIONES)	PLAN	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Comité de Gestión de las Relaciones con el Usuario Externo
		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	
		EMITIR REPORTE DEL LIBRO DE RECLAMACIONES A AUTORIDAD DEL MINSA	INFORME	4	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	
		ELABORAR REPORTE DEL LIBRO DE RECLAMACIONES A OCI/HHV	INFORME	2	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	
		ELABORAR INFORME DE GESTION DE PLATAFORMA DE ATENCION AL USUARIO	INFORME	2	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	
GESTIÓN DEL RIESGO Y LAS BUENAS PRÁCTICAS EN SEGURIDAD DEL PACIENTE		FORMULAR EL PLAN DE SEGURIDAD DE PACIENTE EN BASE A EVENTOS REGISTRADOS	PLAN	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Comité de Seguridad del Paciente y Oficina de Gestión de la Calidad
		EMITIR INFORMES DE RESULTADOS, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES DE EVENTOS ADVERSOS	INFORME	4	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	
		EJECUTAR RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN HOSPITALIZACIÓN, EMERGENCIA Y CONSULTA EXTERNA	ACCIÓN	2	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	
		EMITIR INFORMES DE RESULTADOS, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	INFORME	2	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	

	IMPLEMENTACIÓN Y ADHERENCIA DEL PROCESO DE HIGIENE DE LAVADO DE MANOS	INFORME	4	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	
PLANIFICACIÓN PARA LA CALIDAD EN SALUD	ELABORAR PLAN ANUAL DE GESTION DE LA CALIDAD	PLAN	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Comité de Gestión de la Calidad Oficina de Gestión de la Calidad
	REUNIONES TECNICAS 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	
AUDITORIA DE LA CALIDAD EN SALUD	CONFORMACIÓN DEL COMITÉ DE AUDITORIA MEDICA Y COMITÉ DE AUDITORIA EN SALUD	CAS Y CAM APROBADO CON RD	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Comité de Auditoria de la Calidad Oficina de Gestión de la Calidad
	ELABORAR EL PLAN DE AUDITORIA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN	PLAN	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	EJECUTAR AUDITORIAS DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN	HC AUDITADA	04	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	
	EJECUTAR AUDITORIAS DE CASO	HC AUDITADA	02	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	
	EVALUACIÓN DE REGISTROS DE HC	HC EVALUADA	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	0	0	0	0	0	1	1	0	



PERÚ

Ministerio
de Salud

Hospital Hermilio
Valdizán

Oficina de Gestión de
la Calidad

“Año de la lucha contra la corrupción e impunidad”