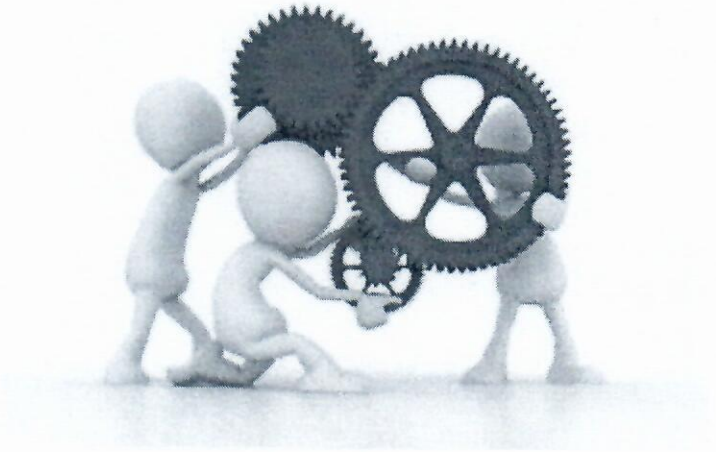
PERÚ | Ministerio de Salud | Hospital Hermilio Valdizán | Oficina de Gestión de la Calidad

HOSPITAL HERMILIO VALDIZAN
Oficina de Gestión de la Calidad



INFORME DEL PLAN DE GESTION DE LA CALIDAD AL IV TRIMESTRE 2019

LIMA – PERÚ

EQUIPO DE LA OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

Dra. Giovanna Zapata Coacalla

Dr. John Loli Depaz

Lic. Víctor García Herbozo

Lic. Lidia Aguilar Romero

Lic. Alva Vitor Tolentino

Lic. Susy Larico Durand

Lic. Karim León Liza

Sec. Miriam Loayza Alosilla

INFORME DEL PLAN DE GESTION DE LA CALIDAD AL IV TRIMESTRE 2019

La Oficina de Gestión de Calidad del HHV durante el año 2019 ha trabajado en los diferentes ejes estratégicos Auditoría, Mejora Continua, Encuesta SERVQUAL, Plataforma de atención al Usuario en Salud, Seguridad del Paciente, Autoevaluación en el marco de la Acreditación, y en este documento informamos los resultados anuales 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 de Autoevaluación se elaboró y presentó en el mes de enero a la Dirección General. En febrero se aprueba mediante RD N° 035-DG/HHV-2019.

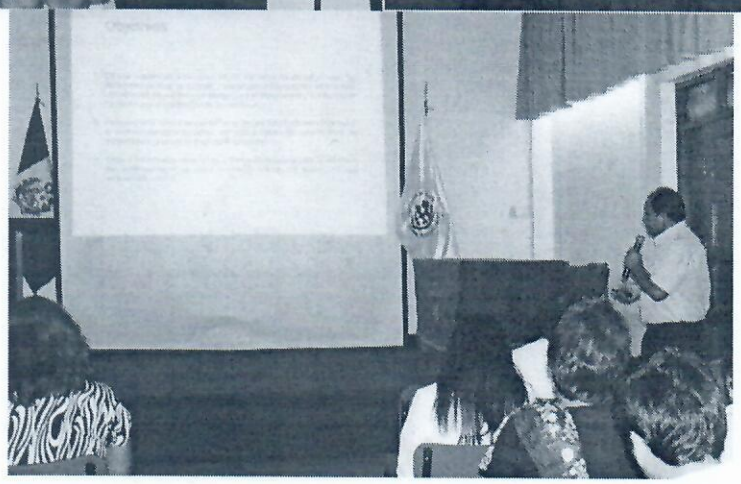
Se conformó el Equipo de Acreditación el cual se aprobó mediante RD N° 064-DG/HHV-2019

Se conformó el Equipo de Evaluadores Internos el cual se aprobó mediante RD N° 063-DG/HHV-2019

1.2 Ejecución de la Evaluación en Base a Criterios y Estándares: Se ha ejecutado la Autoevaluación Interna durante los meses de agosto a diciembre del 2019.

1.3 Desarrollar evento de capacitación para Evaluadores Internos: Se realizó la capacitación de Evaluadores Internos del HHV, el día 14

de mayo del presente, el cual se informó a la Dirección General con Memorandum N° 195/OGC-HHV/2019.



MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL "HERMILIO VALDIZAN"
OFICINA DE GESTION DE LA CALIDAD

1.4 Elaboración de informe de resultados, conclusiones y recomendaciones:

Tabla 1. Resultados del proceso de Autoevaluación del HHV

	Macroprocesos (22)	Cumplimiento por macroproceso (%)	Cumplimient por categoría (%)
Macroprocesos Gerenciales	Direccionamiento	91.18	77.68
	Gestión de recursos humanos	100	
	Gestión de calidad	67.07	
	Manejo del riesgo de atención	91.21	
	Gestión de seguridad ante desastres	58.93	
	Control de la gestión y prestación	57.69	
Macroprocesos Prestacionales	Atención ambulatoria	75.00	65.98
	Atención extramural	---	
	Atención de hospitalización	78.70	
	Atención de emergencias	71.05	
	Atención quirúrgica	---	
Macroprocesos De apoyo	Docencia e investigación	71.43	56.22
	Apoyo diagnóstico y tratamiento	54.55	
	Admisión y alta	37.14	
	Referencia y contrarreferencia	61.76	
	Gestión de medicamentos	92.31	
	Gestión de la información	56.52	
	Descontaminación,Limpieza,Desinfección y Esterilización	50.00	
	Manejo del riesgo social	77.27	
	Manejo de nutrición de pacientes	50.00	
	Gestión de insumos y materiales	65.38	
	Gestión de equipos e infraestructura	23.53	
TOTAL		68%	

Fuente: Oficina de Gestión de la Calidad

Como se observa en la tabla 1 el puntaje final obtenido es de 68% lo que nos ubica en No aprobado.

Los macroprocesos a los que hay que tomar una mayor atención durante el 2020 son: Gestión de equipos e infraestructura (23.53%), Admisión y Alta (37.14%), Manejo de la Nutrición de pacientes

(50.00%) y Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización (50.00%).

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.

Se ha conformado el Comité de Mejora Continua aprobado con RD N°40-DG/HHV-2018.

2.2 Formulación de Proyectos de Mejora Continua de la Calidad:

- Proyecto de Mejora Continua de la Calidad **"Mejorando la calidad de atención en la Unidad Funcional de Estadística"** el cual fue aprobado con RD N° 076-DG/HHV-2019.

  Se han alcanzado los objetivos planteados siendo los siguientes:

  Se ha organizado la UFE en equipos de trabajo.

  Se mejoró la disponibilidad de Historias Clínicas que en la actualidad es del 98.75%.

  Se ha separado el archivo activo del pasivo, lo que ayuda a la disponibilidad de las Historias Clínicas.

  Ha disminuido la cantidad de reclamos en el Libro de Reclamaciones, si hacemos un comparativo del año 2018 (marzo a diciembre) hubo 17 reclamos, el 2019 (marzo a diciembre) hubo 08 reclamos.

- Se conformó el **Equipo de Elaboración del Plan Cero Colas** que se aprobó con RD N°105-DG/HHV-2019. El **Plan "Cero Colas"** se aprobó con RD N°106-DG/HHV-2019 y se ha implementado dicho proyecto con el sistema de ventanilla única.

  Se ha logrado los objetivos planteados en el Plan Cero Colas, siendo lo siguiente:

  Se implementó la Unidad Funcional de Admisión con el sistema de Ventanilla Única, con 08 ventanillas de atención.

  Se ha disminuido el tiempo de espera en la Unidad Funcional de Admisión siendo de 3 minutos 14 segundos.

  Reducción de los procesos de atención con nuevos fluxogramas para pacientes nuevos SIS, particulares, por Certificado Médico y Judiciales.

  Los Certificados de Salud Mental son entregados de manera casi inmediata en la Unidad Funcional de Admisión.

- Proyecto de Mejora Continua **"Creación del Consultorio de Atención Rápida en el DSMNA del HHV**", aprobado con RD N° 146-DG/HHV-2019. Según informes del DSMNA : Informe Nro 005-MTC-DSMNA-HHV-2019 y Memorandum Nro 002-DSMNA-HHV-2020:

  Se ha implementado el CAR desde agosto del 2019 en un solo turno, habiéndose contratado un Médico Psiquiatra para tal fin. El número de atenciones en el CAR es el siguiente:

CAR	Nro de atenciones
Agosto 2019	141
Setiembre 2019	209
Octubre 2019	256
Noviembre 2019	224
Diciembre 2019	175

- Con los diferentes servicios involucrados se elaboró el "**Instructivo de Visitas a pacientes hospitalizados"** del Hospital Hermilio Valdizán, el cual fue aprobado con RD Nro 155-/DG/HHV-2019, el cual se ha socializado con todos los servicios.

- Proyecto de Mejora Continua titulado "**Por una Cultura del Buen Trato**" el cual fue aprobado con RD N° 199-DG/HHV-2019 proyecto que iniciará su implementación a partir de la fecha.

III. GESTIÓN DE LAS RELACIONES CON EL USUARIO EXTERNO.

3.1 Elaboración del Plan de Medición de Satisfacción del Usuario Externo – SERVQUAL: El Plan de Medición de Satisfacción del Usuario Externo – SERVQUAL fue aprobado con RD N° 056-DG/HHV-2019

3.2 Ejecución de encuestas de Satisfacción del Usuario Externo:

Se realizó la encuesta SERVQUAL 2019 con ayuda de personal voluntario los meses de marzo a julio del 2019.

Emisión del informe de resultados, conclusiones y recomendaciones de la encuesta SERVQUAL: Se presentó el Informe de la Encuesta SERVQUAL a la Dirección General en fecha 05 de agosto del 2019 con Memorándum Nro 254-OGC/HHV-2019 y ha sido socializado con los diferentes órganos y/o unidades orgánicas con Memorandum Múltiple 029-OGC/HHV-2019.

Tabla 2. Grado de satisfacción e satisfacción de los usuarios en consulta externa del Hospital Hermilio Valdizan en el año 2019 por dimensiones

DIMENSIONES	SATISFECHO (+%)	INSATISFECHO (- %)
FIABILIDAD	36.4	63.6
CAPACIDAD DE RESPUESTA	37.3	62.7
SEGURIDAD	40.7	59.3
EMPATIA	41.5	58.5
ASPECTOS TANGIBLES	46.9	53.1
TOTAL	**40.6**	**59.4**

En la presente tabla se evidencia que el 40.6% de los encuestados se sienten satisfechos con la atención recibida en consulta externa del Hospital Hermilio Valdizan, y el 59.4% de los usuarios se sienten insatisfechos con la atención recibida. Este resultado se ubica en el nivel en proceso.

Tabla 3. Grado de satisfacción e insatisfacción de los usuarios en hospitalización del Hospital Hermilio Valdizan en el año 2019, por dimensiones

DIMENSIONES	SATISFECHO (+%)	INSATISFECHO (- %)
FIABILIDAD	65.9	34.1
CAPACIDAD DE RESPUESTA	67.0	33.0
SEGURIDAD	64.8	35.2
EMPATIA	57.0	43.0
ASPECTOS TANGIBLES	60.2	39.8
TOTAL	**62.8**	**37.2**

En la presente tabla se evidencia que el 62.8% de los encuestados se sienten satisfechos con la atención recibida en hospitalización del Hospital Hermilio Valdizan, y el 37.2% de los usuarios se sienten insatisfechos con la atención recibida. Este resultado se ubica en el nivel aceptable.

MINISTERIO DE SALUD - OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD - HOSPITAL "HERMILIO VALDIZAN"

Tabla 4. Grado de satisfacción e insatisfacción del usuario en emergencia por dimensiones del Hospital Hermilio Valdizan

DIMENSIONES	SATISFECHO (+%)	INSATISFECHO (- %)
FIABILIDAD	66.8	33.2
CAPACIDAD DE RESPUESTA	68.6	31.4
SEGURIDAD	56.0	44.0
EMPATIA	63.9	36.1
ASPECTOS TANGIBLES	64.9	35.1
TOTAL	**64.0**	**36.0**

En la presente tabla se evidencia que el 64.0% de los encuestados se sienten satisfechos con la atención recibida en emergencia del Hospital Hermilio Valdizán, y el 36% de los usuarios se sienten insatisfechos con la atención recibida. Este resultado se ubica en el nivel aceptable.

Acciones realizadas:

Frente a los resultados arriba mencionados los diferentes departamentos han tomado medidas para mejorar. La Oficina de Calidad ha tomado las siguientes acciones:

Ha elaborado un video titulado "Por una cultura del buen trato", el que se ha socializado con los diferentes departamentos del hospital y también está publicado en la página web.

Se ha elaborado el decálogo del buen trato que se encuentra en todas las pantallas de las computadoras de los diferentes servicios del hospital.

Se ha elaborado el Proyecto de Mejora Continua "Por una cultura del buen trato" el que se iniciará con su implementación a partir de la fecha.

En coordinación con la Oficina de Personal se realizó un ciclo de conferencias en atención al cliente, las mismas que se han llevado a cabo los días 18 y 20 de setiembre del presente año:

- 18/09/2019 "Habilidades de servicio al cliente" el cual contó con 77 participantes.
- 20/09/2019 "Mejores prácticas de servicio al cliente-innovación en la gestión del servicio", se contó con 28 participantes.

IV. GESTIÒN 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 de la Plataforma de Atención al Usuario se aprobó mediante RD N° 037-DG/HHV-2019.

Se asignó a la Lic. Lidia Aguilar Romero, como responsable del Libro de Reclamaciones en Salud con RD N° 021-DG/HHV-2019.

Se asignó a la Lic. Lidia Aguilar Romero, como responsable de la Plataforma de Atención al Usuario en Salud PAUS con RD N° 026-DG/HHV-2019.

Se conformó el Comité de las Relaciones con el Usuario Externo del HHV mediante RD N° 027-DG/HHV-2019.

4.2 Fortaleciendo la continuidad del Módulo de Escucha al Usuario Externo (Buzón de Sugerencia):

Se ha implementado un **Buzón de Felicitaciones "Ima Sumac"**, ganador del concurso de reciclaje "Utilitarios de Material Reciclado", organizado por la Oficina Epidemiología y Salud Ambiental del HHV, se ha tenido en consideración al elaborar dicho buzón el enfoque intercultural.

Se ha implementado un **Libro de felicitaciones** el cual se encuentra en la Plataforma de Atención al Usuario en Salud PAUS

Tabla 5. Felicitaciones recibidas en el Libro de Felicitaciones

Departamento/Servicio	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Set	Oct	Nov	Dic	Total
Unidad de Admisión											1		1
OGC											1		1
OSGM-Vigilancia		1											1
DSMAG						1							1
Dpto de Adicciones				1	1								2
Total													6

Fuente: PAUS

Como se puede observar en la tabla 05 durante el 2019 se ha recibido 06 felicitaciones, de los cuales 02 felicitaciones estaba dirigida al departamento de Adicciones, 01 al DSMAG, 01 felicitación a un vigilante, 01 felicitación para la Unidad de Admisión y =1 para la Oficina de Calidad.

Se ha implementado los buzones de sugerencias para lo cual se ha elaborado autoadhesivos de buzón de sugerencias, de requisitos para colocar las sugerencias, cajitas para formatos y lapiceros.

4.3 Emisión del Informe Técnico del Módulo de Escucha al Usuario Externo (Apertura de los Buzones de Sugerencia):

Durante el 2019 se han recibido 119 sugerencias de las cuales 24 sugerencias para consulta externa, 19 sugerencias para el Departamento de psiquiatría Infantil, 14 sugerencias para la Oficina de Estadística e Informática, 12 sugerencias para la Oficina de Servicios Generales y mantenimiento.

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 6. Reclamos atendidos en el año 2018 y 2019

RECLAMOS	2018	2019
Reclamos en Libro de Reclamaciones	120	115
Soluciones inmediatas	1743	1184
Total	**1863**	**1299**

Fuente: Datos del Informe de PAUS

Como se observa en la tabla 5 durante el 2019 ha disminuido los reclamos en el Libro de Reclamaciones así como las soluciones inmediatas.

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 final ha sido presentado a la Dirección General.

V. GESTIÒN 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 de Seguridad del Paciente se elaboró y presentó en el mes de enero a la Dirección General. En febrero se aprueba mediante RD N° 033-DG/HHV-2019.

Se conformó el Comité de Seguridad del Paciente y el Comité de Análisis del Evento centinela aprobado mediante RD N° 039-DG/HHV-2019

Se realizó una reunión del Comité de Seguridad del Paciente en fecha 13 de marzo 2019

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

Contamos con la Ficha de Registro de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinela aprobado mediante RD N° 135-DG/HHV-2018 que actualmente está implementada en todos los servicios del Hospital.

5.3 Emisión del informe de resultados, conclusiones y recomendaciones de Rondas de Seguridad del Paciente:

Se realizó las Rondas de Seguridad del Paciente, en los meses de mayo y junio del presente habiéndose realizado el informe correspondiente y también haberse socializado con todos los servicios.

La segunda Ronda de Seguridad del Paciente se llevó a cabo los meses de noviembre y diciembre del 2019, habiéndose realizado el informe correspondiente y haberse socializado con todos los servicios.

5.4 Emisión del informe de resultados, conclusiones y recomendaciones de Eventos Adversos:

Tabla 7. Eventos adversos notificados durante el año 2019

TIPO DE EVENTO ADVERSO	n	%
Caida de paciente con daño	20	28.98
Reacción adversa a medicamentos	17	24.63
Heteroagresividad de un paciente a otro	13	18.84
Intento de fuga	06	8.69
Autoagresiones, autolesiones	04	5.79
Fuga de paciente	03	4.34
Caida de paciente sin consecuencia	03	4.34
Otros	03	4.34
TOTAL	69	100%

Fuente: Datos del Informe de seguridad del paciente

Como se observa en la tabla 7 el evento adverso más frecuente fue caída del paciente con daño (n=20), de los cuales 09 casos se ha presentado en el baño (piso mojado, al salir de la ducha, traslado de silla de ruedas al baño), un caso por mal estado de la silla de plástico que no soporta el peso del paciente.

También observamos que durante el 2019 hubo 03 fugas de pacientes y 04 intentos de fuga.

La Oficina de Gestión de la Calidad en coordinación con el DSMAG, Departamento de Enfermería ha elaborado el **"Protocolo de acción frente a fuga de paciente"** el cual ha sido aprobado mediante RD Nro 226-DG/HHV-2019, y socializado con memorándum Múltiple Nro 0456/OGC/HHV-2019 a todos los servicios.

MINISTERIO DE SALUD - OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD - HOSPITAL "HERMILIO VALDIZÁN"

VI. ORGANIZACIÓN PARA LA CALIDAD Y DERECHO DE LAS PERSONAS

6.1 Elaboración del Plan Anual de Gestión de la Calidad:

El Plan de Gestión de Calidad del HHV se elaboró y presentó en el mes de enero a la Dirección General. En febrero se aprueba mediante RD N° 025-DG/HHV-2019.

Se conformó el Equipo responsable del desarrollo e implementación del Sistema de Gestión de la Calidad aprobado mediante RD N° 041-DG/HHV-2019

6.2 Reporte del Plan Anual de Gestión de la Calidad:

Se presentó a la Dirección General los informes correspondientes a cada trimestre.

VII. GESTIÒN DE LA INFORMACION SANITARIAS DE INVESTIGACIÒN PARA LA CALIDAD

7.1 Elaboración del Plan de Auditoría de la Calidad de la Atención:

El Plan Auditoría de la Calidad de la Atención se elaboró y presentó en el mes de enero a la Dirección General. Aprobado en febrero, con RD N° 038-DG/HHV-2019.

Se conformó el Comité de Auditoría en Salud y el Comité de Auditoria Médica aprobado con RD N° 042-DG/HHV-2019

7.2 Ejecución de la Evaluación de la calidad de los Registros de Atención.

En total se han realizado durante el 2019 **230 evaluaciones** de la calidad de los registros de atención.

Tabla 8. Evaluación de la calidad de los registros de atención

Evaluación de la calidad de los registros de atención				
	I Trimestre	II Trimestre	III Trimestre	IV Trimestre
C. Externa	10	10	20	20
Emergencia	10	10	20	20
Hospitalización	10	10	20	20
Psiquiatria Infantil			10	
Psicología			10	
Diagnóstico DAMOC			10	
DSMF			10	
C.R. Ñaña			10	
TOTAL	30	30	110	60

Fuente: Oficina de Gestión de la calidad

7.3 **Ejecución de Auditorias Programadas:** Con el apoyo de un Médico Auditor de la Oficina de Seguros – SIS, se ha elaborado 04 Auditorias Programadas

7.4 **Ejecución de Auditorias de Caso:** Con el apoyo de un Médico Auditor de la Oficina de seguros – SIS, se ha elaborado 02 Auditorias de Caso

7.5 Se ha implementado el formato "**Lista de Verificación de Adherencia a Guías de la Práctica Clínica**"

Se realizó el cálculo del Alfa de Cronbach para las tres fichas para medir la confiabilidad, obteniéndose los siguiente resultados:

a) Diagnósticos F20-F29 en la consulta externa se obtuvo un alfa de Cronbach del 0.645, lo que indica que el instrumento tiene una confiabilidad aceptable y se puede utilizar para el fin previsto
b) Diagnósticos F20-F29 en hospitalización se obtuvo un alfa de Cronbach del 0.695, lo que indica que el instrumento tiene una confiabilidad aceptable y se puede utilizar para el fin previsto
c) Diagnósticos diagnóstico de depresión (F32.0, F32.1 y F32, 2) en la consulta externa se obtuvo un Alfa de Cronbach del 0.628, lo que indica que el instrumento tiene una confiabilidad aceptable y se puede utilizar para el fin previsto

7.6 Con el apoyo del Médico Auditor del SIS **se realizó la evaluación de la Adherencia a las Guías de Práctica Clínica :**

En total 66 Historias Clínicas de las cuales:

- 33 Historias Clínicas de Consulta Externa para Esquizofrenia
- 20 Historias Clínicas de Consulta Externa para Depresión
- 13 Historias Clínicas de Hospitalización para Esquizofrenia

El cual ha sido socializado con Memorandum Múltiple Nro 024/OGC-HHV/2019 a los diferentes departamentos.

VIII. OTRAS ACTIVIDADES

8.1 Guías de la Práctica Clínica

Durante el año 2019 se han realizado las siguientes acciones:

- En febrero del 2019 se dio una capacitación en la elaboración de GPC en el Centro de Rehabilitación de Ñaña con la participación de 10 trabajadores de dicho centro.
- En el mes de mayo del 2019 con Memorándum Múltiple Nro 013/OGC-HHV/2019 se realiza la Priorización en temas de salud para la elaboración de GPC en el departamento de Adicciones para

lo cual se aplicó el Formulario FOR-CNSP 387 "Instrumento de priorización en la selección de temas de salud para las GPC basadas en la evidencia". Este Formulario fue aplicado a 06 médicos psiquiatras del Departamento de Adicciones. Finalmente se obtuvo la lista de priorización de temas de salud siendo la siguiente:

Tabla 9. Lista de Priorización de temas de salud del departamento de Adicciones.

Nro de Orden	*Puntaje Obtenido*	*DIAGNÓSTICO*
1	*612*	*Patologia Dual*
2	*611*	*T. mentales y del comportamiento debido al consumo de alcohol*
3	*594*	*T. mentales y del comportamiento debido al consumo de cannabis*
4	*584*	*T. mentales y del comportamiento debido al consumo de cocaina*
5	*575*	*T. mentales y del comportamiento debido al consumo de sedantes*
6	*571*	*Ludopatia*

Fuente: Oficina de Gestión de la calidad

- En octubre del 2019 se realizó la capacitación de elaboración de GPC en DAMOC con la participación de 08 trabajadores.

El Equipo de Gestión de la Calidad con motivo de celebrarse el XIV aniversario de la OGC organizó la "Semana de la Calidad 2019" del 23 al 25 de octubre, en la que se realizaron diferentes actividades los cuales ya han sido informados tanto a la Dirección General como a la DIRIS Lima Este.

MINISTERIO DE SALUD - OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD - HOSPITAL "HERMILIO VALDIZÁN"

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

MATRIZ DE PROGRAMACIÓN Y EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES OPERATIVAS A NIVEL DE TAREAS 2019; TRIMESTRAL, SEMESTRAL Y ANUAL. (A DICIEMBRE 2019)

ACTIVIDAD OPERATIVAS	TAREA	U.M.	PROGRAMACIÒN							EJECUCIÒN																		EJECUC ACUM	Grado de Cumplimiento %	ALERTA DE GESTIÓN	DEPENDENCIA Y/O UNIDAD ORGÀNICA RESPONSABLE
			I TRIM	II TRIM	I SEM	III TRIM	IV TRIM	II SEM	ANUAL	E	F	M	I TRIM	A	M	J	II TRIM	I SEM	J	A	S	III TRIM	O	N	D	IV TRIM	II SEM				
GESTION DE PROCESOS PARA LA CERTIFICACION Y/O ACREDITACION DE LA IPRES	CONFORMACIÓN DE EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS Y EQUIPO DE ACREDITACIÓN	RD	2	0	2	0	0	0	2	0	0	2	2	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	100		EQUIPO DE ACREDITACION, EVALUADORES INTERNOS Y LA OFICINA DE GESTION DE LA CALIDAD
	FORMULAR PLAN DE EVALUACION INTERNA EN BASE A 22 MACROPROCESOS	PLAN	1	0	1	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	100		
	DESARROLLAR EVENTO DE CAPACITACION PARA EVALUADORES INTERNOS	INFORME	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	2	200		
	EJECUTAR LA EVALUACION INTERNA EN BASE A CRITERIOS Y ESTANDARES	ACCION	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	No Programado		
	ELABORAR INFORME DE RESULTADOS CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES Y SEGUIMIENTO	INFORME	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	No Programado		
IMPLEMENTACIÓN DE LA CULTURA DE LA CALIDAD Y MEJORA CONTINUA	ELABORAR EL PLAN DE PROYECTOS DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD	PLAN	1	0	1	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	100		COMITÉ DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD Y OFICINA DE GESTION DE LA CALIDAD
	IMPLEMENTACION DE PROYECTO Y/O ACCIONES DE MEJORA EN RELACIÓN A LAS LINEAS DE ACCIÓN DEL SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD	INFORME	0	1	1	0	0	0	1	0	1	1	2	0	0	1	1	3	1	0	0	1	0	0	0	0	1	4	400		
	CAPACITACION PERSONAL DEL HOSPITAL EN PROYECTOS DE MEJORA CONTINUA	INFORME	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	1	100		
GESTIÓN DE LAS RELACIONES CON EL USUARIO EXTERNO	ELABORAR PLAN DE MEDICIÓN DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO EXTERNO - SERVQUAL	PLAN	1	0	1	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	100		OFICINA DE GESTION DE LA CALIDAD
	EJECUTAR ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE USUARIO EXTERNO	ENCUESTA	0	150	150	150	107	257	407	0	2	0	2	102	74	80	256	258	149	0	0	149	0	0	0	0	149	407	271		
	EMITIR INFORME DE RESULTADOS, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES DE LA ENCUESTA SERVQUUAL	INFORME	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	1	No Programado		
	MEDICION DE LOS TIEMPOS DE ESPERA Y MOVIMIENTOS EN CONSULTA EXTERNA / HOSPITALIZACION Y EMERGENCIA	INFORME	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	1	0	1	0	0	0	0	1	2	200		
GESTIÓN DE LA PLATAFORMA DE ATENCIÓN AL USUARIO EN SALUD	ELABORAR EL PLAN DE PLATAFORMA DE ATENCION AL USUARIO (BUZON DE SUGERENCIAS Y LIBRO DE RECLAMACIONES)	PLAN	1	0	1	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	100		COMITÉ DE GESTION DE LAS RELAICONES CON EL USUARIO EXTERNO
	FORTALECER LA CONTINUIDAD DEL MODULO DE ESCUCHA AL USUARIO EXTERNO (BUZON DE SUGERENCIA)	ACCION	3	3	6	3	3	6	12	1	1	1	3	1	1	1	3	6	1	1	1	3	1	1	1	3	6	12	200		
	EMITIR INFORME TECNICO DEL MODULO DE ESCUCHA AL USUARIO EXTERNO (APERTURA DE BUZON DE SUGERENCIA)	INFORME	1	1	2	1	1	2	4	1	1	1	3	1	1	1	3	6	1	1	1	3	1	1	1	3	6	12	600		
	EMITIR REPORTE DEL LIBRO DE RECLAMACIONES A AUTORIDAD DEL MINSA (DIRECCION GENERAL)	INFORME	1	1	2	1	1	2	4	1	1	1	3	1	1	1	3	6	1	1	1	3	1	1	1	3	6	12	600		
	ELABORAR REPORTE DEL LIBRO DE RECLAMACIONES OCI/HHV	INFORME	0	1	1	0	1	1	2	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	2	200		
	ELABORAR INFORME DE GESTION DE PLATAFORMA DE ATENCION AL USUARIO	INFORME	0	0	0	0	1	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1	0	1	2	0	0	1	1	3	4	No Programado		
	FORMULAR EL PLAN DE SEGURIDAD DE PACIENTE EN BASE A EVENTOS REGISTRADOS	PLAN	1	0	1	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	100		COMITÉ DE
	EMITIR INFORMES DE RESULTADOS, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES DE EVENTOS ADVERSOS	INFORME	1	1	2	1	1	2	4	1	0	1	2	0	0	1	1	3	0	0	1	1	0	0	1	1	2	5	250		

MINISTERIO DE SALUD · OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD · HOSPITAL "HERMILIO VALDIZÁN"

GESTIÓN DEL RIESGO Y LAS BUENAS PRÁCTICAS EN SEGURIDAD DEL PACIENTE	EJECUTAR RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN HOSPITALIZACION, EMERGENCIA Y CONSULTA EXTERNA.	ACCION	0	1	1	0	1	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	1	2	2	200		SEGURIDAD DEL PACIENTE Y OFICINA DE GESTION DE LA CALIDAD
	EMITIR INFORMES DE RESULTADOS, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	INFORME	0	1	1	0	1	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	2	0	0	1	1	3	3	300		
	IMPLEMENTACION DE ADHERENCIA DEL PROCESO DE HIGIENE DE LAVADO DE MANOS	INFORME	1	1	2	1	1	2	4	0	0	1	1	0	0	1	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	100		
PLANIFICACIÓN PARA LA CALIDAD EN SALUD	ELABORAR PLAN ANUAL DE GESTION DE LA CALIDAD	PLAN	1	0	1	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	100		COMITÉ DE GESTION DE LA CALIDAD Y LA OFICINA DE GESTION DE LA CALIDAD
	REUNIONES TECNICAS DE COORDINACION, SOCIALIZACION Y ANÁLISIS DE RESULTADOS DEL SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD	ACTAS	1	1	2	1	1	2	4	0	0	1	1	0	1	1	2	3	1	1	1	3	1	0	1	2	5	8	400		
	INFORME DEL PLAN ANUAL DE GESTION DE LA CALIDAD	INFORME	1	1	2	1	1	2	4	0	0	1	1	0	0	1	1	2	0	0	1	1	0	0	1	1	2	4	200		
AUDITORIA DE LA CALIDAD EN SALUD	CONFORMACIÓN DEL COMITÉ DE AUDITORIA MÉDICA Y COMITÉ DE AUDITORIA EN SALUD	CAS Y CAM APROBADO CON RD	1	0	1	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1			COMITÉ DE AUDITORIA DE LA CALIDAD Y OFICINA DE GESTION DE LA CALIDAD
	ELABORAR EL PLAN DE AUDITORIA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN	PLAN	1	0	1	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	100		
	EJECUTAR AUDITORIAS DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN	HC AUDITADA	1	1	2	1	1	2	4	3	0	0	3	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	1	1	1	4			
	EJECUTAR AUDTORIAS DE CASO	HC. AUDITADA	0	1	1	0	1	1	2	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	2	200		
	EVALUACION DE REGISTRO DE HC	HC EVALUADA	30	30	60	30	30	60	120	0	0	30	30	10	10	10	30	60	30	30	30	90	10	30	40	80	170	230	383		
	EVALUACIÓN DE ADHERENCIA DE GUIAS DE PRACTICA CLÍNICA	INFORME	0	0	0	0	2	2	2	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	No Programado		

MINISTERIO DE SALUD
OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD
HOSPITAL "HERMILIO VALDIZAN"

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

LOGROS DE LA OFICINA DE GESTION DE LA CALIDAD - A DICIEMBRE 2019

MENSUAL : ( )
TRIMESTRAL ( )
I SEMESTRE : ( )
II SEMESTRE (X)

IDENTIFICACION DE PROBLEMAS	MEDIDAS CORRECTIVAS ADOPTADAS E IMPLEMENTADAS	LOGROS OBTENIDOS POR EL SERVICIO
Falta de adherencia a la higiene y Lavado de Manos del personal asistencial del HHV.	Se mando a confeccionar los afiches de Lavado, Desinfección y los 5 momentos de Lavado de Manos.	Colocación de afiches y capacitación a 133 trabajadores (HHV y CRÑ) en coordinación con la Of. Epidemiología. para promover adherencia a la higiene y Lavado de Manos del personal asistencial del HHV.
Buzones de Sugerencia en mal estado	Se confeccionó adhesivos y reparacion de los buzones. Asimismo se continuó con la implementación de Lapiceros y Formatos	Los usuarios externos, cuentan con los Buzones de Sugerencia, en mejor estado y tienen a su disposición los formatos y lapiceros para realizar sus sugerencias.
Falta de señalización de procedimientos en la atención de nuestra institución	Se mandó a confecionnar banners de los diferentes procedimientos de la atención en nuestra institución	El Usuario Externo está más orientado e informado, con ayuda visual de la informacion colocadas en lugares estratégicos de nuestra institución.
Demanda de pacientes insatisfechos en el turno tarde.	Se continuó con el horario de 7:00 am a 7:00 pm en la Platarma de Atención al Usuario en Salud.	A través de las soluciones inmediatas se pudo evitar al III Trimestre 2019, que 1032 reclamos fueran registrados en el Libro de Reclamaciones.
Falta de Instructivo de Visitas a Pacientes Hospitalizados	Se coordinó con los diferentes servicios, involucrados en el tema para la elaboración del Instructivo de Visitas a Pacientes Hospitalizados	Con las opiniones técnicas de los diferentes servicios involucrados en las visitas a pacientes hospitalizados, se logró la elaboración del Instructivo. A la espera de la aprobación mediante RD N° 155-DG/HHV-2019
Las citas de pacientes nuevos en el DSMNA, era de 28 días a más aproximadamente	Se coordinó con el DSMNA, para la elaboración del Proyecto del Consultorio de Atención Rápida	Con la opinión técnica del jefe del DSMNA, Dirección Adjunta de la Dirección General y de Asesoria Jurídica, se logró la aprobación del proyecto con RD N° 146-DG/HHV-2019
Falta de Recurso Humano para la elaboración de Encuesta SERVQUAL	Se aceptó el apoyo de una estudiante universitaria de Psicologia de la Universidad Norbert Wiener, en calidad de Voluntaria	Con el apoyo del voluntariado, se logró aplicar 407 encuestas en los servicios de Emergencia, Consulta Externa y Hospitalización y la presentación del Informe Final de la Encuesta SERVQUAL.
Falta de capacitación al personal del HHV, sobre Mejora Continua de la Calidad	Dentro de la actividades de la Semana de la Calidad 2019, se programó la capacitación.	Se realizó la Semana de la Calidad 2019 en el HHV, y dentro de las actividades se realizó la capacitación sobre "Como elaborar un proyecto de Mejora Continua de la Calidad".
Falta de Interculturalidad en el HHV	Se creo un Buzón de Felicitaciones	Dentro del Concurso de Reciclaje, promovido por la oficina de Epidemiología, el equipo de la OGC, decide crear un Buzón de Sugerencia con la temática de la Interculturalidad, creando así al personaje ImaSumac, quien viene funcionando en la Plataforma de Atención al Usuario en Salud.
		El equipo de la OGC (con fondos propios), concientizado

	Con motivo de las fiestas navideñas, se prese un árbol navideño	con la interculturalidad y el sentimiento navideño, decide presentar par el HHV un árbol navideño con la tematica andina; a es exibido en la rotonda de nuestra institución.
Falta de procedimiento ante la fuga de pacientes	Coordinación con los jefes del DSMAG, Hospitalización, Emergencia, Enfermería, Clínica, Trabajo Social para la elaboración del documento.	Mediante RD N° 226-DG/HHV-2019 de fecha 10 de diciembre 2019, se logra la aprobación del Protocolo de Acción frenta a fuga de paciente.

Ministerio de Salud
Hospital Hermilio Valdizán

Dra. Giovanna Zapata Coacalla
Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad
CMP: 36635 / RNE:23990