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

HOSPITAL HERMILIO VALDIZAN
Oficina de Gestión de la Calidad

Gestión de la Calidad

INFORME DEL PLAN DE GESTION DE LA CALIDAD AL IV TRIMESTRE 2020

LIMA – PERÚ

EQUIPO DE LA OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

Dra. Giovanna Zapata Coacalla

Dr. John Loli Depaz

Lic. Lidia Aguilar Romero

Lic. Víctor Ramon García Herbozo

Lic. Alva Aurora Vitor Tolentino

Lic. Yolanda Karim León Liza

Sec. Lizbeth Miriam Loayza Alosilla

INFORME DEL PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD AL IV TRIMESTRE 2020

La Oficina de Gestión de la Calidad del HHV, cuenta con su Plan de Gestión de la Calidad 2020, aprobado con Resolución Directoral N° 024-DG/HHV-2020, Plan que por la situación sanitaria que vive nuestro país desde el mes de marzo del presente año ha sufrido variaciones en cuanto a los plazos que nos habíamos establecido inicialmente.

EVALUACIÓN DE ACTIVIDADES DE LA OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD:

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

1.1 Conformación del equipo de Evaluadores Internos y equipo de Acreditación

Se conformó el Equipo de Evaluadores Internos con Resolución Directoral N° 046-DG/HHV-2020 y el Equipo de Acreditadores con Resolución Directoral N° 045-DG/HHV-2020.

1.2 Formular el Plan de Autoevaluación en base a 22 macroprocesos

Se aprobó el Plan de Autoevaluación del Hospital Hermilio Valdizán, para el periodo 2020, con Resolución Directoral N° 062-DG/HHV-2020

1.3 Desarrollar evento de capacitación para evaluadores internos.

Respecto a la capacitación de Evaluadores Internos del Hospital Hermilio Valdizán se ha considerado las capacitaciones previas que ya tuvieron los evaluadores internos años anteriores además que la mayoría ya fue evaluador interno, el cual fue comunicado a la Dirección General con Memorandum Nro 157-OGC/HHV/2020 del 15 de setiembre del 2020.

1.4 Ejecutar la evaluación interna en base a criterios y estándares

Mediante Memorandum Circular Nro 002-OGC-HHV-2020 se comunicó a los diferentes órganos y /o Unidades Orgánicas del HHV el inicio de la Autoevaluación en el HHV el 01 de diciembre del 2020.
Se ejecutó la evaluación interna de los 22 macroprocesos durante el mes de diciembre del 2020.

1.5 Elaborar informe de resultados, conclusiones, recomendaciones y seguimiento

Se elaboró el Informe final de la Autoevaluación el cual fue presentado a la Dirección General mediante Memorandum Nro 003-OGC/HHV/2021 el 06 de enero del 2021, y también los resultados fueron socializados con cada órgano y/o unidad orgánica evaluada.

El puntaje final de la autoevaluación fue de 80% (NO aprobado)

Según la NT Nro 050-MINSA/DGSP-V.02. para obtener un puntaje aprobatorio el puntaje debe ser mayor o igual a 85% del cumplimiento del total de criterios establecidos en el Listado de Estándares de Acreditación.

También mencionar que hay dos macroprocesos que no se evalúan en el hospital que son el Macroproceso 8 (Atención extramural) y el Macroproceso 11 (Atención quirúrgica).

Los macroprocesos que tienen puntaje más bajo son: Gestión de equipos e infraestructura (29.41%), Gestión de la información (34.78%), Gestión de insumos y materiales (42.31%), Apoyo al diagnóstico y tratamiento (54.55%), Gestión de seguridad ante desastres (57.14%),

Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización (62.07%), Gestión de Medicamentos (67.31%), Nutrición y dietética (67.65%).

En la siguiente tabla se muestra en forma detallada los 22 macroprocesos y el puntaje alcanzado por cada uno de ellos:

Establecimiento :	00005948-HOSPITAL HERM										
Tipo de Establecimiento :	III-1										
Fase:	AutoEvaluación										
Año:	2020					MACROPROCESO			CATEGORIAS		
Periodo :	4										
		Nro total criterios				Puntaje Máximo por Macro proceso	Puntaje Obtenido x Macro proceso	Cumplimiento x Macro proceso	Puntaje Max. x categoria	Puntaje Obtenido x Categoría	Cumplimiento x categoria
Macroprocesos	**Criterios eval**	**E**	**P**	**R**	**T**	Total	Total	%	Total	Total	%
Direccionamiento	11	6	4	1	11	54.72	49.89	91.18	222.64	195.78	87.94
Gestión de recursos humanos	11	5	6	0	11	41.04	37.42	91.18			
Gestión de la calidad	22	10	5	7	22	47.88	45.54	95.12			
Manejo del riesgo de atención	50	10	39	1	50	47.88	41.57	86.81			
Gestión de seguridad ante desastres	21	14	7	0	21	13.68	7.82	57.14			
Control de la gestión y prestación	15	5	9	1	15	34.20	28.28	82.69			
Atención ambulatoria	14	8	6	0	14	47.88	41.90	87.50	254.45	220.17	86.53
Atención extramural	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			
Atención de hospitalización	26	5	14	7	26	47.88	36.80	76.85			
Atención de emergencias	14	11	1	2	14	47.88	37.80	78.95			
Atención quirúrgica	24	7	11	6	24	47.88	47.88	100.00			
Docencia e Investigación	15	9	6	0	15	34.20	30.94	90.48			
Apoyo diagnóstico y terapéutico	11	1	9	1	11	17.10	9.33	54.55	159.03	94.23	59.25
Admisión y alta	16	3	7	6	16	17.10	11.97	70.00			
Referencia y contrarreferencia	10	6	1	3	10	17.10	12.57	73.53			
Gestión de medicamentos	15	4	11	0	15	17.10	11.51	67.31			
Gestión de la información	14	6	7	1	14	17.10	5.95	34.78			
Descontaminación, Limpieza, Desinfeccción y Esterilización	17	7	8	2	17	17.10	10.61	62.07			
Manejo del riesgo social	6	2	3	1	6	17.10	15.55	90.91			
Nutrición y dietética	10	4	5	1	10	17.10	11.57	67.65			
Gestión de insumos y materiales	8	4	3	1	8	17.10	7.23	42.31			
Gestión de equipos e infraestructura	12	7	5	0	12	17.10	5.03	29.41			
Total	**342**	134	167	41	342	636.12	507.15		636.12	510.18	
									Puntaje Final (%)	**80**	

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

2.1 Elaborar el Plan de Proyectos de Mejora Continua de la Calidad

El Plan de Mejora Continua de la Calidad, fue aprobado con Resolución Directoral N°033-DG/HHV-2020.
Asimismo, con Resolución Directoral N° 026-DG/HHV-2020, se conforma el Comité de Mejora Continua de la Calidad en Salud 2020.

2.2 Implementación de proyecto y/o acciones de mejora en relación a las líneas de acción del sistema de Gestión de la Calidad

Con Resolución Directoral N° 56-DG/HHV-2020, de fecha 27 de febrero del presente año, se conforma el Equipo de Elaboración del Plan Cero Colas 2020 y con Resolución Directoral N° 66-DG/HHV-2020, el 05 de marzo del presente año, se aprueba el Plan Cero Colas 2020 del HHV.
El Plan Cero Colas no se ha implementado en su totalidad ya que mediante Decreto Supremo Nro 008-2020-SA del 11 de marzo del 2020 se establece la Emergencia Sanitaria en todo el país a causa del COVID 19, por lo que desde esa fecha se han ido desarrollando diferentes acciones de mejora conforme se ha desarrollado la pandemia en el país.

La acciones de mejora implementadas son las siguientes:

1.-**El Plan de Servicios de Telemonitoreo para la atención de pacientes ambulatorios del HHV**, el cual fue aprobado con RD Nro 85-DG/HHV/2020 del 30 de abril del 2020. Este plan se dio por la necesidad de garantizar la continuidad de tratamiento de los pacientes de la institución y también con la finalidad de contribuir al aislamiento social sanitario de nuestros usuarios.
Para cumplir con este plan se ha implementado lo siguiente:

- ✓ Admisión virtual del paciente
- ✓ Preparación de la atención por telemonitoreo
- ✓ Triaje virtual del paciente
- ✓ Atención virtual
- ✓ Entrega de medicamentos

Los resultados de la implementación del plan a la fecha son los siguientes:

- ✓ Se realiza teleconsulta a los pacientes psiquiátricos continuadores.
- ✓ Se realiza telemonitoreo psicoterapéutico
- ✓ Atención intramuro de recetas
- ✓ Atención de recetas a domicilio
- ✓ Digitalización de las Historias Clínicas

2.-**Plan de Intervención de Trabajo Social frente a la Emergencia Sanitaria por COVID 19**, el cual fue aprobado con RD Nro 093 – DG/HHV/2020

Este plan tiene la finalidad que los pacientes no interrumpan su tratamiento que vienen llevando en la institución, para este fin se ha implementado lo siguiente:

- ✓ Implementación del telemonitoreo social a los pacientes atendidos por teleconsulta.
- ✓ Implementación del telemonitoreo social a los pacientes con vulnerabilidad
- ✓ Implementación del telemonitoreo social para la evaluación socioeconómica y exoneración.
- ✓ Implementación del telemonitoreo social para la incorporación en el programa de apoyo social denominado Farmacia Itinerante.

Los resultados de la implementación del plan son los siguientes:

- ✓ Se realiza el programa de telemonitoreo social desde el 30 de marzo del 2020 a todo paciente atendido por teleconsulta.
- ✓ Desde el 23 de mayo del 2020 se realiza la exoneración del pago de la consulta a los pacientes particulares.
- ✓ Según la evaluación por telemonitoreo se ejecuta la entrega de medicamentos en las casas de los usuarios mediante el programa de farmacia itinerante.
- ✓ Servicio Social en coordinación con el Servicio de farmacia coordinan la entrega de medicamentos a pacientes que viven en el interior del país. El servicio de Farmacia coordina las acciones con CENARES quienes transportan los medicamentos y en coordinación con las GERESAS y DIRESAS y los establecimientos de salud realizan la entrega de medicamentos al usuario.

3.-Implementación de la **Sala de Aislamiento para pacientes COVID 19 positivo** para pacientes psiquiátricos descompensados que requieren hospitalización en la Sala de Observación de Emergencia, que además tienen COVID 19 positivo, y así evitar su propagación tanto a los usuarios como al personal de salud. Se ha implementado lo siguiente:

- ✓ Acondicionamiento del Auditorio principal del hospital y del ex ambiente de la Oficina de Estadística. Esta sala consta de: un área verde de vestuario, área amarilla donde se encuentran los servicios higiénicos, un área roja que está dividido en sala de varones y sala de mujeres.
- ✓ Se ha realizado la contratación de personal para la atención en la Sala Covid.

4.-Implementación del **Módulo para la entrega de medicamentos de teleconsulta** con la finalidad de evitar la aglomeración de pacientes en las ventanillas de farmacia. Para este fin se ha realizado el acondicionamiento

del exambiente que usaba Susalud que se encuentra a unos metros de la farmacia el cual sirve exclusivamente para entrega de medicamentos a los pacientes atendidos por teleconsulta.

5.-Implementación del **Programa CERCA DE TI**, programa a distancia para la continuidad de cuidados en salud mental durante la emergencia sanitaria por COVID 19 del Departamento de Rehabilitación en salud Mental DRESAM
Este programa se lleva a cabo desde el 17 de marzo del 2020, donde se realizan 16 talleres grupales : Taller de actividades básicas de la vida diaria, taller de actividades instrumentales de la vida diaria, taller de ocio y tiempo libre, taller de rehabilitación cognitiva, taller de biblioterapia, taller de arteterapia, taller de relaciones interpersonales, etc)

5.-Implementación del **Area de Aislamiento Pre-Comunidad del Centro de Rehabilitación de Ñaña** con la finalidad de reiniciar el proceso de hospitalización en el CRÑ.
Debido a la emergencia sanitaria por Covid 19 se suspendió el internamiento a pacientes nuevos (internamiento por 10 meses) y pacientes continuadores (hospitalización breve).
Para implementar el área de aislamiento pre comunidad del CRÑ se realizaron las siguientes acciones:

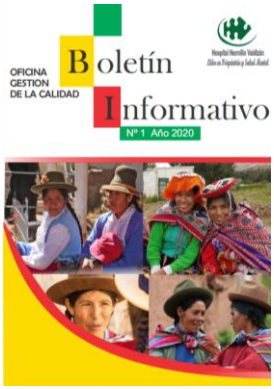
- Habilitación del área del auditorio del CRÑ con 08 camas con el debido distanciamiento.
- Se acondicionó el área de EXECAD, aula 1 como comedor y sala de manualidades.
- Se acondicionó los baños del EXECAD para uso de los pacientes.
- Se ha establecido el procedimiento para la hospitalización en el área pre comunidad.

6.-**Plan de Fortalecimiento y Contingencia del Sistema de Referencia y Contrareferencia** aprobado con RD Nro 190-DG/HHV/2020 que tiene la finalidad de contribuir a garantizar la continuidad de la atención de los usuarios en los servicios de salud mental especializada, interactuando a través de un sistema de referencia y contrareferencia efectivo y eficiente, que permita la continuidad del proceso de atención de los usuarios, utilizando para ello el aplicativo REFCON.

7.-**Plan de Teleseguimiento del HHV** aprobado con RD Nro 193-DG/HHV/2020 cuyo objetivo es prevenir mediante actividades remotas y de telesalud reagudizaciones de síntomas y aparición de complicaciones en pacientes ambulatorios y en aquellos que han egresado de hospitalización.

2.3 Capacitación al personal del hospital en proyectos de Mejora Continua

La capacitación al personal del HHV, sobre proyectos de Mejora Continua no se ha ejecutado.



2.4 Otros

Se elaboró y publicó en las redes del HHV, el Boletín Informativo de la Oficina de Gestión de la Calidad N° 1 Año 2020.

III. GESTIÓN DE LAS RELACIONES CON EL USUARIO EXTERNO.

3.1 Elaborar el Plan de medición de satisfacción del Usuario Externo - SERVQUAL

El Plan de Medición de Satisfacción del Usuario Externo – SERVQUAL 2020, fue aprobado 31 de enero del presente año, con RD N° 022-DG/HHV-2020.

3.2 Ejecutar encuesta de satisfacción de usuario externo

La encuesta SERVQUAL se ha ejecutado en el mes de setiembre del presente año con la participación de 22 encuestadores (personal voluntario y personal en trabajo remoto) quienes realizaron la encuesta por teléfono y se ha registrado los datos en forma virtual.

3.3 Emitir informe de resultados, conclusiones y recomendaciones de la encuesta SERVQUAL

Los resultados, conclusiones y recomendaciones de la encuesta SERVQUAL fue presentado a la Dirección General con Memorandum Nro 175 –OGC/HHV/2020 del 12 de octubre del 2020, que también fue remitido a la DIRIS LE.
Además fue socializado con los diferentes servicios del hospital con Memorandum Multiple 028-OGC/HHV/ 2020.

3.4 Medición de los tiempos de espera y movimientos en Consulta Externa

En la actualidad las atenciones en consulta externa han cambiado, se realizan vía virtual por lo que no se ha ejecutado la medición de los tiempos de espera.

IV. GESTIÒN DE LA PLATAFORMA DE ATENCIÓN AL USUARIO EN SALUD – PAUS

4.1 Elaborar el Plan de la Plataforma de Atención al Usuario (Buzón de Sugerencias y Libro de Reclamaciones)

El Plan de la Plataforma de Atención al Usuario en Salud, fue aprobado con Resolución Directoral N°043-DG/HHV-2020.

4.2 Emitir informe técnico del módulo de escucha al usuario externo (apertura de Buzón de Sugerencia)

De acuerdo a la programación anual, mensualmente se viene elaborando y socializando a las unidades orgánicas correspondientes, los informes con los resultados de la apertura de los Buzones de Sugerencia; correspondiendo a los meses de:

- Enero, el Informe N° 004-CGRUE / OGC / HHV – 2020
- Febrero, el Informe N° 005-CGRUE / OGC / HHV – 2020
- Marzo, el Informe N° 006-CGRUE / OGC / HHV – 2020
- Abril, mayo, junio, Memorando Nro 105 – OGC/HHV-2020 se eleva a la Dirección General el Informe de la Plataforma de Atención al Usuario en Salud, que incluye el informe del buzón de sugerencias.
- Julio, agosto y setiembre se presentó el Informe del III Trimestre de la Plataforma de Atención al Usuario en Salud a la Dirección General con Memorandum Nro 178-OGC/HHV/2020 del 13 de octubre del 2020, el cual incluye el informe del buzón de sugerencias.
- Octubre, noviembre y diciembre el reporte se incluye en el informe de PAUS del IV trimestre.

4.3 Elaborar reporte del Libro de Reclamaciones a HHV

De acuerdo a la programación anual, mensualmente se viene elaborando y informando a la Dirección General, sobre los Reportes Mensuales del Libro de Reclamaciones, correspondiendo a los meses de:

- Enero, el Informe N° 01-PAUS-OGC-HHV-2020
- Febrero, el Informe N° 02-PAUS-OGC-HHV-2020
- Marzo, el Informe N° 03-PAUS-OGC-HHV-2020
- Abril, mayo y junio Memorando Nro 105 – OGC/HHV-2020 se eleva a la Dirección General el Informe de la Plataforma de Atención al Usuario en Salud, que incluye el informe del Libro de Reclamaciones en Salud.

- Julio, agosto y setiembre se presentó el Informe del III Trimestre de la Plataforma de Atención al Usuario en Salud a la Dirección General con Memorandum Nro 178-OGC/HHV/2020 del 13 de octubre del 2020, el cual incluye el informe del libro de Reclamaciones en Salud.
- Se ha realizado el reporte del Libro de reclamaciones en forma mensual de los meses de octubre, noviembre y diciembre.

4.4 Elaborar informe de Gestión de Plataforma de Atención al Usuario en Salud – PAUS

Se ha cumplido con presentar los informes trimestrales de PAUS.

Informe N° 04-PAUS-OGC/HHV/2020 de la Plataforma de Atención al Usuario en Salud – PAUS Informe del I trimestre.

Informe del II Trimestre de la Plataforma de Atención al usuario en Salud que se elevó a la Dirección General con el Memorando Nro 105 – OGC/HHV-2020.

Informe Nro 16 de la Plataforma de Atención al Usuario en Salud del III trimestre que fue presentado a la Dirección General con Memorandum Nro 178-OGC/HHV/2020 del 13 de octubre del 2020.

Informe Nro 02-PAUS/OGC/HHV/2021 Informe del IV Trimestre de la PAUS del 2020. El cual fue socializado mediante Memorandum Múltiple Nro 001-OGC/HHV/2021

4.5 Otros

Con Resolución Directoral N° 021-DG/HHV-2019, de fecha 31 de enero del 2019, se designa como Responsable del Libro de Reclamaciones del Hospital Hermilio Valdizán, a la Lic. Lidia Aguilar Romero, para el periodo 2019 – 2020.

Con Resolución Directoral N°017-DG/HHV-2020, de fecha 29 de enero del 2020, se designa como Responsable de la Plataforma de Atención al Usuario en Salud, a la Lic. Lidia Aguilar Romero, para el periodo 2020 – 2021.

Mediante Resolución Directoral N°035-DG/HHV-2020, se conforma el Comité de Gestión de Relaciones con el Usuario Externo.

Se actualizó el procedimiento de Registro de Atención de Reclamos de Libro de Reclamaciones con Resolución Directoral N°189-DG/HHV-2020

Se implementó la Plataforma de Atención al Usuario Virtual –PAUS Virtual en la Pag. Web del Hospital Hermilio Valdizán, con los siguientes formularios:
Formulario del Libro de Reclamaciones
Formulario de Buzón de Sugerencias
Formulario de Libro de Felicitaciones
Formulario de Soluciones Inmediatas

V. GESTIÒN DEL RIESGO Y LAS BUENAS PRACTICAS EN SEGURIDAD DEL PACIENTE

5.1 Formular el Plan de Seguridad del Paciente, en base a eventos registrados

Se aprobó el Plan de Seguridad del Paciente del HHV 2020, con Resolución Directoral N° 036-DG/HHV-2020.
El 10 de marzo del 2020 se aprobó el Cronograma Anual de Rondas de seguridad del paciente mediante RD Nro 070 – DG/HHV/2020, el cual se incluye en el Plan de seguridad del paciente aprobado con RD Nro 036-DG/HHV/2020.
Se conformó el Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente que se aprobó con RD Nro 068- DG/HHV/2020 el 06 de marzo del 2020.

5.2 Emitir informes de resultados, conclusiones y recomendaciones de Eventos Adversos

Se elaboró el Informe N° 05-2020/SLD/OGC-HHV, con los Resultados, Conclusiones y Recomendaciones de Eventos Adversos del I Trimestre 2020.
Se elaboró y presentó a la Dirección General el Informe 031 – OGC/HHV-2020 Eventos Adversos del II trimestre del 2020.
Se elaboró y presentó a la Dirección General el Informe Nro 043 – OGC/HHV/2020 del III Trimestre del 2020.
Se elaboró y presentó a la Dirección General el Informe Nro 001-OGC/HHV/2021 Informe de Rondas de Seguridad del paciente y levantamiento de observaciones del II Semestre del año 2020 con memorándum Nro 014/OGC/HHV/2021

5.3 Ejecutar Rondas de Seguridad del Paciente en Hospitalización, Emergencia y Consulta Externa

De acuerdo a la nueva programación anual de Rondas de Seguridad del Paciente, aprobado con Resolución Directoral N°070-DG/HHV-2020; el mismo que fue anexado en el Plan de Seguridad del Paciente 2020; se han programado las Rondas de Seguridad

Se realizó la Ronda de seguridad al pabellón 5 el cual se comunica con el Informe N° 06-2020/SLD/OGC-HHV y fue presentado a la Dirección General con Memorandum Nro 084-OGC/HHV/2020

Se ha realizado la Ronda de Seguridad en el Pabellón 2 el cual se comunica con Informe Nro 07-2020/SLD/OGC-HHV y fue presentado a la Dirección General con Memorandum Nro 096/OGCHHV/2020.

Se ha realizado la Ronda de seguridad en Consulta Externa cuyo informe fue presentado a la Dirección General mediante Informe Nro 028-OGC/HHV-2020

Se llevó a cabo la Ronda de Seguridad del Paciente en el Centro de Rehabilitación de Ñaña en el mes de julio del 2020, que fue presentado a su despacho con Informe Nro 068-OGC/HHV/2020.
Ha sido socializado con Memorandum Múltiple Nro 02 – OGC/HHV/ 2021 a los servicios correspondientes para el levantamiento de las observaciones.

Se llevó a cabo la Ronda de Seguridad del Paciente en el Servicio de Emergencia que incluye la Sala Covid en el mes de agosto del 2020 el cual fue presentado a su despacho con Informe Nro 069 – OGC/HHV/2020.
Fue socializado a los servicios involucrados con Memorandum Múltiple Nro 03- OGC /HHV/ 2021 para el respectivo levantamiento de las observaciones.

Se llevó a cabo la Ronda de Seguridad del Paciente del Pabellón 3 en el mes de octubre del 2020, que fue presentado a su despacho con Informe Nro 070-OGC/HHV/2020.
Ha sido socializado con Memorandum Múltiple Nro 04 – OGC/HHV/ 2021 a los servicios correspondientes para el levantamiento de las observaciones.

Se llevó a cabo la Ronda de Seguridad del Paciente de la Sala Covid en el mes de noviembre del 2020, que fue presentado a su despacho con Informe Nro 071-OGC/HHV/2020.
Fue socializado con memorándum Múltiple Nro 05-OGC-HHV-2021 a los diferentes servicios involucrados.

Se llevó a cabo la Ronda de Seguridad del Paciente de la Sala de Observación de Emergencia en el mes de noviembre del 2020, que fue presentado a su despacho con Informe Nro 072-OGC/HHV/2020.
Y fue socializado con Memorándum Múltiple Nro 06-OGC-HHV-2021 a los diferentes servicios.

Se llevó a cabo la Ronda de Seguridad del Paciente del Pabellón 4 en el mes de diciembre del 2020, que fue presentado a su despacho con Informe Nro 073-OGC/HHV/2020.

El cual fue socializado con Memorándum Múltiple Nro 07-OGC-HHV-2021 a los diferentes servicios involucrados.

5.4 Emitir informes de resultados, conclusiones y recomendaciones de Rondas de Seguridad del Paciente

Se ha presentado a la Dirección General los informes trimestrales de las Rondas de Seguridad del Paciente del primer, segundo y tercer trimestre del 2020.
Informe Nro 26 – OGC-HHV/2020 Informe de Rondas de seguridad del I trimestre 2020.
Informe Nro 30 – OGC/HHV – 2020 Informe de Rondas de Seguridad del II Trimestre.
Informe Nro 43 – OGC/HHV – 2020 Informe de Rondas de Seguridad del III Trimestre.
Informe Nro 001-OGC/HHV/2021 Informe de Rondas de Seguridad del paciente y levantamiento de observaciones del II Semestre del año 2020 con memorándum Nro 014/OGC/HHV/2021

5.5 Implementación y Adherencia del proceso de Higiene de Lavado de Manos

Mediante la Ronda la Seguridad en el pabellón 5, se evalúo y supervisó el lavado de manos clínico al personal asistencial, el cual se realizó el 12 de marzo del presente año.

5.6 Informe de Eventos Adversos

Se ha cumplido con presentar los informes trimestrales de eventos adversos.
Con Memorandum Nro 083-OGC/HHV/2020 se presentó a la Dirección General el Informe de Eventos Adversos del Primer Trimestre 2020, que fue socializado con Memorandum Múltiple Nro 016-OGC/HHV/2020.

Con Informe Nro 031-OGC/HHV/2020 se presentó a la Dirección General el Informe de Eventos Adversos del II Trimestre, el cual fue socializado mediante Memorandum Múltiple Nro 019-OGC/HHV/2020.

Con Informe Nro 043-OGC/HHV/2020 se presentó a la Dirección General el Informe de Eventos Adversos del III Trimestre

C0on Informe Nro 002-OGC/HHV/2021 se presentó a la Dirección General el Informe de Eventos Adversos del IV Trimestre.

VI. PLANIFICACION PARA LA CALIDAD EN SALUD

6.1 Elaborar Plan Anual de Gestion de la Calidad

Se aprobó el Plan Anual de Gestión de la Calidad, periodo 2020, con Resolución Directoral N° 024-DG/HHV-2020.

6.2 Reuniones Técnicas de coordinación, socialización y análisis de resultados del Sistema de Gestión de la Calidad

De acuerdo a la nueva programación anual, se ha programado reuniones trimestrales con el equipo de la Oficina de Gestión de la Calidad. Los mismos que se registran en el Libro de Actas, las reuniones de:

TRIMESTRE	MES	FECHA	AGENDA
I	ENERO	04/01/2020	Formación del equipo elaborador del Plan cero Colas
		17/01/2020	Evaluación anual de los diferentes ejes estratégicos de la OGC
	FEBRERO	05/02/2020	Capacitación para el equipo OGC 2020
		14/02/2020	Elaboración del Plan de Autoevaluación 2020
		19/02/2020	Elaboración del Plan cero Colas
		24/02/2020	Instalación del Comité de Auditoría Médica y Auditoría en Salud (Auditoria)
	MARZO	17/03/2020	Estado de Emergencia, declarado por Presidente de la República
II	ABRIL	28/04/2020	Reunión vía zoom: Reprogramación de metas Físicas de los diferentes ejes estratégicos
	MAYO	08/05/2020	Reunión vía zoom: Programación de turnos OGC
	JUNIO	09/06/2020	Reunión vía zoom: Exposicion: DS Nro 92/MINSA/2020/DGAIN
		17/06/2020	Reunión vía zoom: Exposición: Seguridad del paciente:Rondas y Eventos adversos
III	JULIO	27/07/2020	Reunión vía zoom: Reapertura de la PAUS
	AGOSTO	03/08/2020	Actividades de la OGC durante la pandemia (reunión con la

			Dirección General)
		28/08/2020	PAUS y Libro de Reclamaciones virtual
	SETIEMBRE	09/09/2020	Reunión Ordinaria vía zoom con Hospitales de la Jurisdicción Lima Este (DIRIS LE)
		11/09/2020	Socialización de la reunión con la DIRIS LE con el equpo de la OGC
IV	OCTUBRE	28/10/2020	DA que regula el trabajo remoto en el contexto Covid
	NOVIEMBRE	17/11/2020	Levantamiento de observaciones de auditoria CE (Auditoría)
	DICIEMBRE	04/01/2020	Cierre de la autoevaluación

6.3 Informe del Plan Anual de Gestión de la Calidad

De acuerdo a la programación se presenta informes trimestrales a la Dirección general.
Informe del I trimestre de la OGC presentado a la Dirección General con Memorando Nro 80-OGC/HHV-2020
Informe del I semestre de la OGC presentado a la Dirección General con Memorando Nro 107-OGC/HHV-2020

VII. AUDITORIA DE LA CALIDAD EN SALUD

7.1 Conformación del Comité de Auditoria Médica y Comité de Auditoria en Salud

Se aprobó el Comité de Auditoria Médica y Comité de Auditoria en Salud, con Resolución Directoral N° 048-DG/HHV-2020.

7.2 Elaborar el Plan de Auditoria de la Calidad de la Atención

Se aprobó el Plan de Auditoría de la Calidad de la Atención, con Resolución Directoral N° 037-DG/HHV-2020

7.3 Ejecutar Auditorias Programadas

Se han ejecutado 04 auditorías programadas para el 2020 realizado por el Médico Auditor del SIS

Auditoria de la HCL Nro 203413 (hospitalización) que fue presentado a la DG y socializado mediante Memorándum Múltiple Nro 041-OGC/HHV/2020.

Auditoria de la HCL Nro 203413 (emergencia) que fue presentado a la Dirección General y socializado mediante Memorandum Múltiple Nro 034-OGC-HHV/2020.

Auditoria de la HCL Nro 212959 (hospitalización) que fue presentado a la Dirección General y socializado mediante Memorandum Múltiple Nro 035-OGC/HHV/2020

Auditoría de la HCL Nro 158938 (Servicio de Emergencia:Sala Covid) que fue presentado a la Dirección General mediante Memorandum Múltiple Nro 042-OGC/HHV/2020.

7.4 Ejecutar Auditorias de Caso

De acuerdo a la nueva programación anual, se ha programado dos (02) informes semestrales; se ha ejecutado las tres auditorias de caso con apoyo del Médico Auditor del SIS:

Auditoría de caso del paciente B.S.S.S. con historia clínica N° 064668, el mismo que se socializó con Memorandún Múltiple N° 005-OGC-HHV-2020, a la Dirección Adjunta, DSMAG, Servicio de Hospitalización y Emergencia, Dpto. Enfermería y al Coordinador Médico del Pabellón 2.

Auditoria de Caso de la HCL Nro 247703 que fue presentado a la Dirección General con Memorandum Nro 226-OGC/HHV/2020 y socializado mediante Memorandum Múltiple Nro 036-OGC/HHV/2020

Auditoria de Caso de la HCL Nro 240476 que fue presentado a la Dirección General y socializado mediante Memorándum Múltiple Nro 036-OGC/HHV/2020

7.5 Evaluación de la Calidad de los Registros de Atención

De acuerdo a la nueva programación anual, se ha programado cuatro (04) informes trimestrales; sobre la evaluación de la Calidad de los Registros de Atención.

En el primer trimestre, se han realizado las siguientes evaluaciones de la Calidad de los Registros de Atención a los servicios de:

- Consulta Externa : Informe N° 016-2020/OGC-HHV/MS-SIYR, socializado con el Memorandum Múltiple N° 009-OGC-HHV-2020

- Emergencia : Informe N° 017-2020/OGC-HHV/MS-SIYR, socializado con el Memorandum Múltiple N° 010-OGC-HHV-2020
- Hospitalización: Informe N° 018-2020/OGC-HHV/MS-SIYR, socializado con el Memorandum Múltiple N° 011-OGC-HHV-2020
-

En el segundo y tercer trimestre se ejecutó las siguientes Auditoria de la Calidad de los Registros de Atención:

- Servicio de Emergencia presentado a la Dirección General con Informe Nro 27-OGC/HHV-2020
- Servicio de Hospitalización presentado a la Dirección General con Informe Nro 32-OGC/HHV-2020 y socializado mediante Memorándum Múltiple Nro 136-OGC/HHV/2020
- Servicio de Consulta Externa presentado a la Dirección General con Informe Nro 33-OGC/HHV-2020 y fue socializado mediante Memorandum Múltiple Nro 021-OGC/HHV/2020
- Centro de Rehabilitación de Ñaña presentado a la Dirección General con Informe Nro 34-OGC/HHV-2020 y fue socializado mediante Memorandum Múltiple Nro 137-OGC/HHV/2020
- Servicio de Emergencia que incluye la Sala Covid presentado a la Dirección General con Informe Nro 37-OGC/HHV-2020

En el cuarto trimestre se ha realizado las siguientes Auditorias de la Calidad de Registro:

- Consulta Externa presentado a la Dirección General con Informe Nro 45-OGC/HHV/2020 socializado mediante Memorandum Múltiple Nro 031-OGC/HHV/2020
- Servicio de Emergencia presentado a la Dirección General con Informe Nro 046-OGC/HHV/2020 y socializado mediante Memorandum Múltiple Nro 032-OGC/HHV/2020
- Servicio de Hospitalización presentado a la Dirección General con Informe Nro 47-OGC/HHV/2020 y socializado mediante Memorandum Múltiple Nro 029-OGC/HHV/2020
- Servicio de Emergencia presentado a la Dirección General con Informe Nro 052-OGC/HHV/2020 que fue socializado mediante Memorandum Mültiple Nro 039-OGC/HHV/2020

7.6 Evaluación de Adherencia de Guías de la Práctica Clínica

Informe Nro 09-2020-VRGH/OGC/HHV Informe estadístico de Adsherencia a las GPC del Servicio de Emergencia presentado a la Dirección General y socializado mediante Memorandum Múltiple Nro 044-OGC/HHV/2020.

VIII. DESARROLLO DEL ENCUENTRO INSTITUCIONAL DE EXPERIENCIAS EN MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD

8.1 Semana de la Calidad

La Semana de la Calidad se llevará a cabo el 2021

IX. OTROS

En vista del estado de emergencia declarado por el Presidente de la República, desde el mes de marzo del presente año, la OGC viene aplicando el Trabajo Presencial, Remoto y Mixto, cumpliendo los planes proyectados para este año.

Ministerio de Salud
Hospital Hermilio Valdizán

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