



PERÚ

MINISTERIO
DE SALUD

HOSPITAL
HERMILIO VALDIZAN



HOSPITAL HERMILIO VALDIZAN

Oficina de Gestión de la Calidad

INFORME DEL PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD AL I TRIMESTRE 2013

LIMA - PERU

INFORME DEL PLAN DE GESTION DE LA CALIDAD AL I TRIMESTRE 2013

PRESENTACIÓN

El Hospital Hermilio Valdizan a través de la Oficina de Gestión de la Calidad, ha desarrollado las metas físicas programadas al I Trimestre de 2013, en ese sentido; se ha desarrollado con la intervención de los Recursos Humanos de la Oficina y los medios existentes para alcanzar el bienestar individual y colectivo.

La Oficina de Gestión de la Calidad del HHV, eleva el presente 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 a la Dirección General para su conocimiento y fines pertinentes.

Finalmente, debo manifestar que en los trimestres siguientes la ejecución de las actividades se desarrollará de manera progresiva.

MARCO NORMATIVO

1. RM N° 519-2006-SA/DM, que aprobó el Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud".
2. RM N° 640-2006-SA/DM, que aprobó el Manual para la Mejora Continua de la Calidad".
3. Resolución Ministerial N° 797-2003-SA/DM que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Hermilio Valdizan.
4. Plan Anual de Gestión de la Calidad del Hospital Hermilio Valdizan

EVALUACION DE ACTIVIDADES DE LA OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD:

Las metas físicas previstas para el I Trimestre del 2013 son 5, los mismos que tienen los siguientes logros:

1. Elaboración del plan de Gestión de la Calidad

Dentro de esta actividad se cumplió con la formulación del Plan de Gestión de la Calidad para el periodo 2013, el mismo que a la fecha se encuentra con un nivel de avance del 99%, estando pendiente la aprobación vía Resolución Directoral.

2. Buzón de sugerencias

A través de esta actividad se realiza la apertura de los buzones de sugerencias ubicadas en los consultorios externos y Servicio de Emergencia, del total de sugerencias recepcionadas se han derivado el 95% a los servicios involucrados con las recomendaciones y propuestas de mejora continua de la calidad, el 5% restante se ha gestionado directamente como Oficina de Calidad.

Cabe señalar que esta práctica de apertura se lleva a cabo cada 15 días calendarios, considerándose sugerencias válidas descritas en los formatos estandarizados y no válidos hechos en cualquier otro papel lo que representa el 1% del total de sugerencias recepcionadas.

3. Medición del estudio de clima organizacional

El cumplimiento de esta actividad se encuentra en un 55% de avance, los preparativos tanto de Recursos Humanos, materiales e instrumentos necesarios para su ejecución de la encuesta de clima organizacional al mes de Julio 2013.

4. Auditoria de la Calidad de Atención

Actividades	Unidad de Medida	Meta anual	Ene	Feb	Mar	% de Avance
Auditoria de Registro de la Calidad de Historias Clínicas	Historia clínica auditada	360	30	30	30	67%
Auditoria de caso clínico	Procedimiento auditado	12	1	1	1	45%
Seguimiento de implementación de recomendaciones	Informe	4			1	50%

5. Elaboración del Plan de Seguridad del Paciente

Se cumplió con la formulación del Plan de Seguridad del Paciente para el periodo 2013, el mismo que a la fecha se encuentra con un nivel de avance del 99%, estando pendiente la aprobación vía Resolución Directoral, cabe señalar que el Comité constituido realiza sus labores de manera permanente con monitoreos programados e inopinadas, cuyos resultados encontrados han sido canalizados a los responsables de cada uno de los servicios involucrados.

EVALUACION DE ACTIVIDADES DE LOS COMITES RELACIONADOS A GESTIÓN DE LA CALIDAD:

1.- Acreditación

Se ha formulado el Plan de Evaluación Interna del Hospital Hermilio Valdizan, en cumplimiento del Marco de la Acreditación de los Establecimientos de Salud del sector, a la fecha se tiene constituido los equipos de evaluadores internos quienes asumen la responsabilidad de conducir la evaluación por cada macroproceso, la actividad de la evaluación interna se ha programado para el mes de Julio 2013. En ese contexto; el grado de avance a nivel de Plan de Evaluación internas se encuentra en un 99% de avance, estando pendiente la aprobación con la Resolución Directoral.

2.- Atributos de calidad

Al I trimestre de 2013, los atributos de calidad no se evalúan toda vez que los indicadores han sido programados al I Semestre.

3.- Buzón de Sugerencias:

Se ha elaborado el Plan de Buzón de Sugerencias, el mismo que fue remitido a la Dirección General del HHV, para su aprobación vía Resolución Directoral, es preciso mencionar que el equipo encargado de velar el cumplimiento y ejecución del Plan, realiza reuniones de apertura y de gestión a través de informes a las diferentes unidades orgánicas del HHV. Con las descripciones de los usuarios externos.

4.- Medición del estudio del clima organizacional

Se ha elaborado el Plan de Medición de clima organizacional, así mismo la ejecución de la encuesta está programada para el mes de Julio del presente año con la participación de encuestadores y monitoreados por los miembros de la Oficina de Gestión de la Calidad.

5.- Mejora Continua de Clima Organizacional

Se cumplió con la formulación del Plan de Clima Organizacional para el periodo 2013, el mismo que a la fecha se encuentra con un nivel de avance del 99%, estando pendiente la aprobación vía Resolución Directoral.

6.- Implementación de Proyectos de mejora.

Se cumplió con la formulación del Plan de Mejora Continua de la Calidad de Servicios del HHV, a la fecha se encuentra con un nivel de avance del 99%, estando pendiente la aprobación vía Resolución Directoral.

Implementación de Proyectos de Mejora de Procesos priorizados.

- Proyecto "Formato de Historias Clínicas de consulta externa"
- Plan de Gestión de Historias Clínicas.

7. Evaluación Interna en el marco de la Acreditación del Hospital

Se formuló el Plan de la autoevaluación como fase inicial del Proceso de Acreditación aprobado con RD N° 042 –DG/HHV-2012., en ese sentido se constituyó el equipo de autoevaluadores con RD N°141-DG/HHV-2012, siendo 14 los integrantes:

Dr. Jorge De La Vega Razuri
Lic. Luis Rafael Pineda Gallardo
Dr. Mario Yoshiyama Miyagusuku
Dra. Edith Chero Campos
Lic. Miriam Chong Pérez
Lic. Daniel Samaniego Berrocal

Lic. José Loconi García
Sr. Alayen Sauñe Muñoz
Sra. Alicia Sáenz Arzola
Sra. Carmen Yallico Castañeda
Dra. Marlene Barreda Torres
Ing. Pedro Quispe Sotomayor
Sr. Luis Mestre Rojas
Lic. Lourdes Curi Richter

Los macroprocesos evaluados con informe final son:

- ✓ Direccionamiento apoyo la Dra. Diana Flores a Lic. Samaniego
 - ✓ Gestión de Medicamentos: Lic. Daniel Samaniego/ Carmen Yalico
 - ✓ Manejo de riesgo Social. Lic. Daniel Samaniego.
 - ✓ Gestión de R.R.H.H Lic. Miriam Chong / Luis Mextre
 - ✓ Gestión de Referencia y Contrareferencia Lic. Miriam Chong / Luis Mextre
 - ✓ Gestión de Equipo de estructuras Lic. Miriam Chong / Luis Mextre
 - ✓ Control de Gestión y Prestación Lic. Miriam Chong / Luis Mextre
 - ✓ Manejo de riesgo de atención Dr. Jorge de la Vega.
 - ✓ Atención Ambulatoria Dr. Jorge de la Vega.
 - ✓ atención de Emergencia, limpieza y esterilización. Dr. Mario Yoshiyama, Sr. Alayen Sauñe.
 - ✓ Atención de Hospitalización Dra. Edith Chero
 - ✓ Direccionamiento apoyo la Dra. Diana flores a Lic. Samaniego
 - ✓ Gestión de Medicamentos: Lic. Daniel Samaniego/ Carmen Yalico
 - ✓ Manejo de riesgo Social. Lic. Daniel Samaniego.
 - ✓ Gestión de R.R.H.H Lic. Miriam Chong / Luis Mextre
 - ✓ Gestión de Referencia y Contra referencia Lic. Miriam Chong / Luis Mextre
 - ✓ Gestión de Equipo de estructuras Lic. Miriam Chong / Luis Mextre
 - ✓ Control de Gestión y Prestación Lic. Miriam Chong / Luis Mextre
 - ✓ Manejo de riesgo de atención Dr. Jorge de la Vega.
 - ✓ Atención Ambulatoria Dr. Jorge de la Vega.
 - ✓ atención de Emergencia, limpieza y esterilización. Dr. Mario Yoshiyama, Sr. Alayen Sauñe.
 - ✓ Atención de Hospitalización Dra. Edith Chero
 - ✓ Gestión de Seguridad ante desastres, Dr. Raúl Gutiérrez
- Quedan pendientes de evaluación los siguientes macroprocesos:
- ✓ Nutrición Ing., Pedro Quispe, Sra. Alicia Sáenz.
 - ✓ Docencia e Investigación. Ing, Pedro Quispe, Sra. Alicia Sáenz.
 - ✓ Atención y Apoyo Dx y tratamiento. Dra. Marlene Barreda, Lic. Rafael Pineda
 - ✓ Gestión de insumos y Materiales Dra. Marlene Barreda, Lic. Rafael Pineda
 - ✓ Admisión y alta Lic. José Loconi, Lic. Lourdes Curi.

CONCLUSIONES

1. Documentos de Gestión de la Oficina de Calidad para el periodo 2013, se encuentran formulados y remitidos a la Dirección General para su formalización con Resolución Directoral, siendo estas: Plan de Gestión de la Calidad, Plan de Proyectos de Mejora Continua de la Calidad, Plan de Evaluación Interna del HHV en el marco de la Acreditación de Establecimientos de Salud, Plan de Clima Organizacional, Plan de Intervención para determinar la percepción de usuarios externos, Plan de Auditoria y de Registro de Información, Plan de Seguridad del Paciente, Plan de Buzón de Sugerencias y Plan de Lactario Institucional.
2. Ejecución de Actividades al I Trimestre de 2013, tienen un grado de avance promedio del 23%, (preparativos del Plan de Clima Organizacional, Auditoría de Registro, Ejecución del Plan de Seguridad del Paciente- monitoreos programados e inopinadas, Ejecución del Plan de Buzón de Sugerencia, Preparativos para la Evaluación Interna – Acreditación, Preparativos para la aplicación del aplicativo Servqual, presentación del Proyecto de Mejora Continua, y avances en la implementación del Lactario institucional).

RECOMENDACIONES:

1. Que, se emita la Resolución Directoral de formalización de los Planes de Trabajo de la Oficina de Gestión de la Calidad y de cada uno de los Comités.
2. Que, se reconstituya algunos comités con el propósito de operativizar las actividades previstas en cada uno de los planes de trabajo.
3. Que, la Oficina de Gestión de la Calidad, socialice los contenidos de los planes de trabajo con el Equipo de Gestión Institucional y los trabajadores a fin de institucionalizar las propuestas de mejora.