



MINISTERIO SALUD
HOSPITAL HERMILIO VALDIZÁN
DIRECCIÓN GENERAL



Nº 044 -DG/HHV-2025

Resolución Directoral

Santa Anita, 18 de febrero de 2025

Visto, el Expediente N° 25MP-00584-00 e Informe N° 009-OGC/HHV/2025, del Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad sobre la aprobación del proyecto del Plan de Gestión de la Calidad 2025 del Hospital Hermilio Valdizán;

CONSIDERANDO:

Que, a través de los artículos I y II del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, disponen que la salud es condición indispensable para el desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo. Por lo que su protección es de interés público. Por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla.;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, se aprobó el Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud", el cual tiene como objetivo establecer los principios, normas, metodología y procesos para la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, orientado a obtener resultados para la mejora de la calidad de atención en los servicios de salud, siendo uno de sus procesos la seguridad del paciente;

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, por Resolución Ministerial N° 502-2016/MINSA, se aprueba la NTS N° 029-MINSA/DIGEPRES-V.02 "Norma Técnica de Salud en Auditoría de la Calidad de la atención en salud", cuyo objetivo general es la de establecer los lineamientos técnicos y metodológicos para realizar la auditoría de la calidad de la atención en salud en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, sean públicos, privados o mixtos;

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 unidad orgánica encargada de implementar el sistema de gestión de la calidad, para promover la mejora continua de la atención asistencial y administrativa al usuario; teniendo asignados entre sus objetivos funcionales: "Implementar las estrategias, metodologías e instrumentos de la calidad y mejora continua en los servicios" y "Asesorar en el desarrollo de la auto evaluación, el proceso de acreditación y auditoría clínica, según las normas que establezca el Ministerio de Salud", entre otros;



Que, mediante el documento de visto, la Oficina de Gestión de la Calidad solicita la aprobación del proyecto del Plan de Gestión de la Calidad 2025, del Hospital Hermilio Valdizán, el cual 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 2025; y como objetivo general mejorar la calidad de los servicios de salud en el HHV, mediante la implementación del Sistema de Gestión de Calidad;

Que, a través del Memorando N° 069-050-OEPE-HHV-2025 y Nota Informativa N° 016-UO-OEPE-HHV-2025, la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico remite el Informe N° 009-OGC/HHV-2025 mediante el cual se emite opinión favorable al proyecto del Plan propuesto, el cual se encuentra alineado con lo establecido en la Resolución Ministerial N° 826-2021/MINSA, que aprueba las "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud"; por lo que, es necesario proceder a su aprobación mediante acto resolutivo;

Estando a lo informado por la Oficina de Asesoría Jurídica en el Informe N° 080-OAJ-HHV-2025;

Con el visado del Director Ejecutivo de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, de la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad, del Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica; y,

De conformidad con lo dispuesto por el artículo 11° inciso c), del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Hermilio Valdizán, aprobado por Resolución Ministerial N° 797-2003-SA/DM;

SE RESUELVE:

Artículo 1.- Aprobar el Plan de Gestión de la Calidad 2025 del Hospital Hermilio Valdizán, el mismo que consta de veintitres (23) páginas, incluido dos Anexos que forman parte integrante de la presente Resolución.

Artículo 2.- Disponer que la Oficina de Gestión de la Calidad difunda e implemente el Plan aprobado por el artículo 1, asimismo informará trimestralmente 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.

MINISTERIO DE SALUD
"HOSPITAL HERMILIO VALDIZAN"

Dr. Victor Alexis Alcázar Mendoza
Director General
C.M.F. 034622 R.N.E. 027966

VAAM/RFS/CRMA
DISTRIBUCIÓN:
OGC
OEA
OAJ
OEI

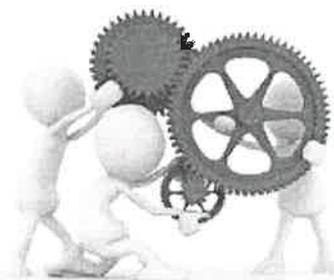


HOSPITAL
HERMILIO
VALDIZÁN

Oficina de Gestión de la Calidad



DOCUMENTO
TECNICO: PLAN
ANUAL DE
GESTIÓN DE LA
CALIDAD



2025

Dr. Víctor Alexis Alcázar Mendoza
Director General

Lic. Hans Robert Chávez Mallqui
Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad

EQUIPO DE LA OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

Dra. Claudia Delucchi Lagos / Médico Auditor

Lic. Lizbeth Miriam Loayza Alosilla / Asistente Ejecutiva

Lic. Lidia Aguilar Romero / Responsable de la PAUS

Lic. Bill Dany Córdova Flores / PAUS

Lic. Gian Carlo Romaní Chávez / PAUS



ÍNDICE

	PAG.
I. INTRODUCCIÓN	4
II. FINALIDAD	5
III. OBJETIVOS	5
3.1. Objetivo general.....	5
3.2. Objetivos específicos.....	5
IV. ÁMBITO DE APLICACIÓN	6
V. BASE LEGAL	6
VI. CONTENIDO	7
6.1. Aspectos técnicos conceptuales.....	7
6.2. Descripción del problema.....	9
6.3. Articulación estratégica al POI.....	14
6.4. Matriz de Actividades.....	14
6.5. Presupuesto y Fuentes de Financiamiento	16
6.6. Acciones de Supervisión, Monitoreo y evaluación del Plan.....	18
VII. RESPONSABILIDADES	19
VIII. ANEXOS	19
Anexo 1: Articulación estratégica con el POI	
Anexo 2: Matriz de actividades	



I. INTRODUCCIÓN

El Hospital Hermilio Valdizán, es un hospital de Nivel III-E 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 Oficina de Gestión de la Calidad está comprometida en continuar trabajando en la mejora continua de todos los procesos asistenciales y administrativos ya que es una exigencia moral, individual y organizacional. Trabajamos en diferentes ejes estratégicos como de Autoevaluación en el marco de la acreditación, Seguridad del Paciente, Mejora Continua, Auditoría, Gestión de las Relaciones con el Usuario Externo, encuesta SERVQUAL.

Visto lo anterior ponemos a consideración el presente Plan de Gestión de la Calidad para el año 2025 donde tenemos programado las diferentes actividades a cumplir en los diferentes ejes estratégicos que lidera esta oficina con la única finalidad de mejorar la calidad de atención de nuestros servicios.

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 2025.

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 para la acreditación y/o certificación de la IPRESS.
- Promover la cultura por la mejora continua de la calidad impulsando 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
- 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.
- Promover una cultura de seguridad basada en el aprendizaje del error mediante la realización de las Rondas de Seguridad del Paciente.
- Realizar la auditoria de la calidad de atención en el HHV como instrumento de mejora 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. ÁMBITO DE APLICACIÓN

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

V. BASE LEGAL

- Ley N° 26842, Ley General de Salud y sus modificatorias
- Ley N° 29414, Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud.
- Decreto Supremo N° 013-2006-SA, que aprueba el “Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- Decreto Supremo N° 002-2019-SA, que aprueba el Reglamento para la Gestión de Reclamos y Denuncias de los Usuarios de las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud - IAFAS, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPRESS y Unidades de Gestión de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - UGIPRESS, públicas, privadas o mixtas.
- Resolución Ministerial N° 797-2003-SA-DM, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Hermilio Valdizán.
- Resolución Ministerial N° 1263-2004-MINSA, que aprueban la Directiva “Lineamientos para la Organización y Funcionamiento de la Estructura de Calidad en los Hospitales del Ministerio de Salud”.
- Resolución Ministerial N° 519-2006-MINSA, que aprueba el Documento Técnico “Sistema de Gestión de la Calidad en Salud”.
- Resolución Ministerial N° 456-2007-MINSA, que aprueba 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° 270-2009-MINSA, aprueba la “Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo”.
- Resolución Ministerial N° 727-2009-MINSA, que aprueba el Documento Técnico “Política Nacional de Calidad en Salud”.
- Resolución Ministerial N° 527-2011-MINSA, que aprueba 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, que aprueba la 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° 255-2016-MINSA, que aprueba la “Guía Técnica para la Implementación del Proceso de Higiene de Manos en los Establecimientos de Salud”.
- Resolución Ministerial N° 502-2016-MINSA, que aprueba la NTS N° 029-MINSA/DIGEPRES-V.02, “Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud”.
- Resolución Ministerial N° 214-2018/MINSA, que aprueba la NTS N° 139-MINSA/2018/DGAIN: “Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica”.
- Resolución Ministerial N°163-2020-MINSA, que aprueba la Directiva Sanitaria N° 92–MINSA-2020-DGAIN: “Directiva Sanitaria de Rondas de Seguridad del Paciente para la gestión del riesgo en la atención de salud”.



VI. CONTENIDO

6.1 Aspectos técnicos conceptuales

Sistema de gestión de la calidad. Es el conjunto de elementos interrelacionados que contribuyen a conducir, regular, brindar asistencia técnica y evaluar a las entidades de salud del Sector y a sus dependencias públicas de los tres niveles (Nacional, Regional y Local), en lo relativo a la calidad de la atención y de la gestión.

Garantía y mejora de la calidad. Es el conjunto de acciones que se llevan a cabo para regular y consolidar el desempeño, en forma continua y cíclica, de tal manera que la atención prestada sea lo más efectiva, eficaz y segura posible, orientada siempre a la satisfacción del usuario y en el marco de las normas del sistema.

Calidad. Según Avedis Donabedian “la calidad de la atención médica consiste en la aplicación de la ciencia y la tecnología médica en una forma que maximice sus beneficios para la salud sin aumentar en forma proporcional sus riesgos. El grado de calidad es por consiguiente, la medida en que se espera que la atención suministrada logre el equilibrio más favorable de riesgos y beneficios para el usuario”.

Cuando se hace referencia a “atención médica” incluye la atención que proporcionan todos aquellos que intervienen en la atención al usuario. Y cuando se refiere a “usuario” no solo es el paciente sino también sus acompañantes.

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 20 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.

Auditoría 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.- El Libro de Reclamaciones en Salud 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.

El 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 desarrollados 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.



6.2 Análisis de la situación actual del aspecto sanitario y administrativo

6.2.1 Antecedentes

Mediante Resolución Ministerial N° 797-2003-SA/DM, se aprueba el Reglamento de Organización y Funciones (ROF) del Hospital Herminio Valdizán donde indica que la Oficina de Gestión de la Calidad es un órgano asesor de la Dirección General del Hospital Herminio Valdizán, encargada de implementar el sistema de Gestión de la Calidad, para promover la mejora continua de la atención asistencial y administrativo al usuario, siendo uno de sus objetivos funcionales: "Promover la inclusión de actividades e indicadores de calidad en los planes institucional.

Mediante Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, del 30 de mayo de 2006, se aprueba el documento técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud", el mismo que tiene como finalidad contribuir a fortalecer los procesos de mejora continua de la calidad en salud en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo.

La Oficina de Gestión de la Calidad se viene implementando desde el año 2005 y tiene a sus cargo los siguientes ejes estratégicos: Autoevaluación en el marco de la Acreditación, Seguridad del Paciente, Mejora Continua de la Calidad, aplicación de la encuesta SERVQUAL, Auditoria de la Calidad de Atención, Gestión de las

Relaciones con el Usuario Externo; los cuales cuentan con sus respectivos planes anuales y el seguimiento respectivo mediante informes trimestrales, semestrales y anuales.

6.2.2 Problema

Durante el año 2024 nos hemos esforzado en cumplir con todos los objetivos trazados en nuestros planes, sin embargo los resultados aún distan de ser los óptimos. Actualmente la Oficina cuenta con equipos tecnológicos y mobiliarios deteriorados (sillas y escritorios rotos, equipos de cómputo desactualizados; así mismo la falta de recursos humanos es una de nuestras mayores debilidades para cumplir oportunamente las tareas programadas, ya que la Oficina solo cuenta con el Jefe (Psicólogo/Gestor en Servicios de Salud Mental), el Médico Auditor y la Asistente Ejecutiva y en la Plataforma de Atención al Usuario en Salud, contamos con tres psicólogos. Siendo necesario el contrato de un profesional en Enfermería y un profesional administrativo para ejecutar y hacer el seguimiento de cumplimiento de los ejes de Calidad.



En el año 2024 no se aprobó el presupuesto del PDP para la realización de las capacitaciones, sin embargo, esta Oficina logró conseguir expositores de calidad, sin costo y se realizaron capacitaciones virtuales.

Pese a las deficiencias, el Equipo de la Oficina de Gestión de la Calidad, ha tratado de cumplir con todas las tareas programadas para el cumplimiento de las metas institucionales.

- a) **En relación al eje de Autoevaluación en el marco de la Acreditación** en el año 2024 el puntaje final de la Autoevaluación calculado mediante el aplicativo es igual a **86% (aprobado)** como se detalla en la siguiente tabla:

Grupo de Macroprocesos	Macroprocesos	Cumplimiento por macroproceso %	Puntaje obtenido por grupo de macroprocesos
Gerenciales	Direccionamiento	97.06	89.16
	Gestión de Recursos Humanos	73.53	
	Gestión de Calidad	87.80	
	Manejo del riesgo de la	93.41	

	atención		
	Gestión de seguridad ante desastres	76.79	
	Control de la gestión y prestación	96.15	
Prestacionales	Atención ambulatoria	90.00	91.65
	Atención de hospitalización	89.81	
	Atención de emergencia	84.21	
	Docencia e Investigación	95.24	
De apoyo	Apoyo diagnóstico y terapéutico	27.27	72.46
	Admisión y alta	84.29	
	Referencia y contrareferencia	97.06	
	Gestión de medicamentos	96.15	
	Gestión de la información	73.91	
	Descontaminación, limpieza, desinfección y esterilización	84.48	
	Manejo del riesgo social	90.91	
	Nutrición y dietética	100.00	
	Gestión de insumos y materiales	50.00	
	Gestión de equipos e infraestructura	20.59	
PUNTAJE FINAL		86	



b) En relación al eje de auditoria de la calidad

Dificultades encontradas durante la ejecución de las actividades del Eje de Auditoria en el 2024:

Poca participación por diversas actividades de los miembros del comité de Auditoria Médica y Auditoria en Salud.

Desconocimiento del personal asistencial en la importancia de las evaluaciones de auditoria.

Poca participación del personal profesional asistencial en las capacitaciones de Auditoria.

c) En relación al eje de Seguridad del Paciente

Al igual que en los años 2022 el 2023, no se han levantado las observaciones de algunos criterios de las rondas de seguridad:

No existe el Mecanismo de remplazo para cubrir la ausencia del personal programado en el servicio para garantizar la atención oportuna de los pacientes el cual debe ser elaborado por la Oficina de Personal.

El personal asistencial desconoce el protocolo de fuga de pacientes.

Inadecuado registro de las historias clínicas por parte del personal médico.

Falta de protocolo de Seguridad Sexual, de Contención Mecánica.

d) En relación a la encuesta SERVQUAL

Se ha efectuado la encuesta SERVQUAL durante el año 2024 con apoyo de un grupo de estudiantes de psicología de las Universidades Científica del Sur y Tecnológica del Perú, considerando la falta de presupuesto para la contratación de personal encuestadores.

De manera global el grado de satisfacción de los usuarios en el Servicio de Consulta Externa en el año 2024 fue del 76.55% y el grado de insatisfacción fue del 23.45%, que lo ubica en un nivel aceptable.

En el Servicio de Hospitalización de manera global el grado de satisfacción fue del 74.68% y una insatisfacción del 25.32%, que lo ubica también en un nivel aceptable.

Y finalmente en el Servicio de Emergencia, el grado de satisfacción fue del 62.55% y el grado de insatisfacción fue del 37.45%, ubicándolo en un nivel aceptable.

e) En relación al eje de Mejora Continua

Durante el año 2024 se han implementado varias acciones de mejora continua en el hospital pero aún falta elaborar de manera continua proyectos de mejora continua de la calidad por los diferentes Departamentos y Servicios del Hospital. Se logró realizar una capacitación virtual a todo el personal del Hospital con la finalidad de mejorar estrategias técnicas y normativas para la realización de proyectos de mejora.

f) En relación al eje de Gestión de las Relaciones con el Usuario Externo

Durante el año 2024 se han recepcionado 132 reclamos en el Libro de Reclamaciones en Salud, 21 reclamos virtuales, se han realizado 2068 soluciones inmediatas y se han recepcionado 89 sugerencias por medio del buzón de sugerencias.



6.2.3 Casusas del problema

Poco compromiso del personal administrativo y asistencial en el cumplimiento de los estándares de calidad.

Desconocimiento del personal en la importancia de tener una cultura de calidad como personal de salud.

Asimismo poca participación de los directivos en capacitaciones sobre los diferentes ejes de la OGC.

Existe un divorcio entre lo administrativo y asistencial, la parte administrativa desconoce las necesidades del área asistencial, debido a que los administrativos no van a verificar y/o observar lo que se hace en el área asistencial, por lo que lo solicitado no es aceptado ni tomado en cuenta.

6.2.4 Población o entidades objetivo

Este Plan está dirigido a todo el personal asistencial y administrativo del Hospital Hermilio Valdizán.

6.2.5 Alternativas de solución

- a) Continuar desarrollando el proceso de la Autoevaluación en el HHV en el marco de la Acreditación para identificar las problemáticas.
- b) Promover y fortalecer el sistema de registros, notificaciones y análisis de la ocurrencia de eventos adversos con el personal asistencial.
- c) Continuar con la ejecución de rondas de seguridad del paciente en los diferentes servicios asistenciales sobre todo en nuestras áreas críticas.
- d) Considerar y valorar los resultados de las auditorias de la calidad de atención en salud para fortalecer la calidad de servicio.
- e) Formular e implementar proyectos de mejora continua de la calidad.
- f) Determinar el nivel de satisfacción de usuarios externos en consulta externa, hospitalización y emergencia, para impulsar el desarrollo de proyectos de mejora continua de la calidad.
- g) Monitorear e implementar mejoras en base a las sugerencia registradas a través de los módulos de escucha al usuario (Plataforma de Atención al Usuario en Salud, Unidad de Buzón de Sugerencias y del Libro de Reclamaciones)

- h) Realizar el 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.
- i) Implementar el uso de protocolos de atención, guías de la práctica clínica, manuales de procedimientos para mejorar la calidad de atención.
- j) Capacitar al personal asistencial y administrativo en temas de seguridad del paciente, mejora continua, auditoría, autoevaluación, atención al cliente con la finalidad de generar una cultura de calidad en el Hospital.
- k) Monitorear las diferentes actividades consignadas en el Plan de Gestión de la Calidad.

6.3 Articulación operativa con las actividades operativas del POI (Anexo 1)

Toda actividad que se realiza debe estar incluida en un producto, o actividad del POI de la institución.



6.4 Actividades por objetivo

6.4.1 Descripción Operativa

6.4.1.1 Autoevaluación en el marco de la Acreditación

- Conformar el Equipo de Evaluadores Internos 2025.
- Formular el Plan de Autoevaluación 2025.
- Conformar el Equipo de Acreditación 2025.
- Realizar evento de capacitación a los evaluadores internos.
- Ejecutar la autoevaluación en base a criterios y estándares de los 20 macroprocesos.
- Elaborar el informe de resultados, conclusiones y recomendaciones.
- Realizar seguimiento e implementación de las recomendaciones.

6.4.1.2 Auditoría de la Salud

- Conformar el Comité de Auditoría de la Calidad en Salud 2025.
- Elaborar el Plan de Auditoría de la Calidad de Atención 2025.
- Ejecutar acciones de auditoría de registro, programadas y casos.
- Realizar seguimiento e implementación de recomendaciones.

6.4.1.3 Gestión del riesgo y las buenas prácticas en seguridad del paciente

- Conformar el Equipo de Rondas 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 las 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.

6.4.1.4 Mejora continua

- Conformar el comité de Proyectos de Mejora Continua de la Calidad.
- 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.

6.4.1.5 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 en Salud.
- 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.
- Realizar las Soluciones Inmediatas.
- Elaborar informe periódico del Libro de Reclamaciones a la Dirección General.
- Elaborar informe final de la Plataforma de Atención al Usuario en Salud.



6.4.1.6 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.

6.4.2 Costeo de las actividades

Todas las actividades a realizarse en este Plan se encuentran dentro del presupuesto asignado para la Oficina de Gestión de la Calidad.

6.4.3 Cronograma de actividades (anexo 2)

6.4.4 Responsable para el desarrollo de las actividades (anexo 2)

6.5 Presupuesto

El presupuesto del presente Plan está incluido en las actividades y acciones de la Oficina de Gestión de la Calidad.



ACTIVIDAD OPERATIVA	CATEGORIA PRESUPUESTAL	PRODUCTO	ACTIVIDAD PRESUPUESTAL
Acciones del sistema de gestión de la calidad A0100013300126	Acciones centrales	Sin producto 3999999	Gestión Administrativa 5000003

6.5.1 Recursos humanos y bienes y servicios que intervienen en el desarrollo del Plan.

Nro	Bienes/Servicios	Clasificador	U.M.	Precio Unitario	Cantidad	Precio Total
01	Personal profesional para realizar la capacitación en auditoria de la calidad de atención				01	5,000.00 soles
02	Personal profesional para capacitar al personal en la elaboración de proyectos				01	4,000.00 soles

	de mejora continua de la calidad					
03	Personal profesional para capacitar al personal en atención al cliente				01	6,000.00 soles
04	Personal profesional para capacitar en derechos y deberes de los usuarios				01	2,000.00 soles
05	Personal capacitador en el proceso de autoevaluación				01	6,000.00 soles
06	Médico capacitador en elaboración de Guías de la Práctica Clínica				01	10,000.00 soles
07	04 personal para ejecución de la encuesta SERVQUAL				04	6,000.00 soles
05	Impresora láser con fotocopidora	2.6. 3 2. 3 1			01	3000 soles
06	Monitor con procesador incorporado	2.6. 3 2. 3 1			04	24,000 soles
07	Laptop	2.6. 3 2. 3 1			01	6,000 soles
08	Sillas ergonómicas giratorias				08	16,000 soles
09	Equipos de teléfono (anexos)				02	2,000 soles
10	Escritorio en L de melamine				01	3,500 soles
11	Escritorios de melamine				04	12,000 soles
12	Escritorios con micas separadoras para la PAUS				02	6,000 soles
13	Silla para los pacientes en la PAUS				06	2,000 soles



6.6 Financiamiento

El financiamiento es a través de recursos ordinarios.

6.6.1 Requerimiento de Bienes y Servicios Recursos Humanos

Bienes y Servicios:

La adquisición de:

- Un equipo multimedia.
- Una impresora láser.
- Un equipo de cómputo.
- Siente sillas ergonómicas.
- Seis sillas para la espera de pacientes de la PAUS.
- Cuatro escritorios de melanina.
- Un equipo de teléfono para anexo.

Recursos Humanos

Se requiere mantener la contratación del Médico Auditor de la OGC para realizar la evaluación de la calidad de los registros de atención, las auditorías programadas, auditorías de caso, y adherencia a guías de la práctica clínica.

Se requiere la contratación de un Licenciado (a) en Enfermería, que optimice la ejecución y seguimiento de las rondas de seguridad del paciente y eventos adversos.

Se requiere la contratación de un profesional administrativo para las coordinaciones del estudio del tiempo de espera, seguimiento de la Autoevaluación y la realización de la encuesta SERVQUAL.

Así mismo la contratación de personal idóneo para la realización de la encuesta SERVQUAL y obtener un resultado veraz, considerando que cuando es realizado por personal de la institución puede haber un sesgo.

6.7 Acciones de Supervisión, Monitoreo y Evaluación del Plan.

6.7.1 El monitoreo del presente Plan estará a cargo de la Jefatura de la Oficina de Gestión de la Calidad.

6.7.2 Esta Oficina emite en forma semestral un informe a la Dirección General sobre los avances del Plan de Gestión de la Calidad

VII. RESPONSABILIDADES

RESPONSABLE	ACTIVIDADES
Dirección General	Aprobar el Plan de Gestión de Calidad 2025
Oficina de Planeamiento Estratégico	Ajuste presupuestal para la ejecución del plan Poner a disposición los recursos humanos y financieros
Oficina Ejecutiva de Administración	Canalizar la ejecución de los requerimientos para la implementación del plan de gestión de calidad 2025 Contratación de personal
Oficina de Logística	Cumplir en los tiempos establecidos la adquisición de equipos para la ejecución del plan de gestión de calidad 2025
Oficina de Gestión de la Calidad con su Equipo de Evaluadores Internos y el Equipo de Acreditación	Ejecutará todo el Plan de Calidad del HHV

VIII. ANEXOS

Anexo 1: Articulación operativa con las actividades operativas del POI

Anexo 2: Matriz de actividades

 MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL HERMINIO VALDIZÁN


Psic. Hans Robert Chávez Mallqui
Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad
CPS: 17371

ANEXO 1

Formato 1: MATRIZ DE ARTICULACIÓN ESTRATÉGICA Y OPERATIVA DEL PLAN ESPECÍFICO

Unidad Orgánica		estructura programática y operativa						
Marco Estratégico		Acción Estratégica	Actividad Operativa POI	Categoría Presupuestal	Producto	Actividad Presupuestal	Objetivo General del Plan	Objetivo Específico del Plan
Objetivo Estratégico institucional del POI	<p>OEI 04: Fortalecer la rectoría y gobernanza sobre el sistema de salud y la gestión institucional para el desempeño eficiente, ético e íntegro en el marco de la modernización de la gestión pública</p>	<p>AEI 04.02 Gestión orientada a resultados al servicio de la población con procesos optimizados y procedimientos administrativos simplificados</p>	<p>Acciones del sistema de gestión de la calidad</p>	<p>Acciones centrales</p>	<p>Sin producto</p>	<p>Gestión administrativa</p>	<p>Mejorar la calidad de los servicios de salud en el HHV, mediante la implementación del Sistema de Gestión de Calidad</p>	<ul style="list-style-type: none"> Desarrollar el proceso de Autoevaluación para la acreditación y/o certificación de la IPRESS. Promover la cultura por la mejora continua de la calidad impulsando 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 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. Promover una cultura de seguridad basada en el aprendizaje del error mediante la realización de las Rondas de Seguridad del Paciente. Realizar la Auditoría de la Calidad de Atención en el HHV como instrumento de mejora 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.

ANEXO 2

MATRIZ DE ACTIVIDADES

CAT. PRE S	PROD UCTO	OBJETIVO GENERAL: MEJORAR LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL HHV, MEDIANTE LA IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	TAREA	U.M.	META ANUA L 2023	METAS PROGRAMADAS AL IV TRIMESTRE 2023												RESPONSABLES
						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, 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	Equipo de Acreditación, de Evaluadores Internos y Oficina de Gestión de la Calidad
			DESARROLLAR EVENTO DE CAPACITACIÓN PARA EVALUADORES INTERNOS.	INFORME	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	Equipo de Acreditación, de Evaluadores Internos y Oficina de Gestión de la Calidad
			EJECUTAR LA EVALUACIÓN INTERNA EN BASE A CRITERIOS Y ESTÁNDARES	ACCIÓN	20	0	0	0	0	0	0	0	0	0	20	0	0	Equipo de Acreditación, de Evaluadores Internos y Oficina de Gestión de la Calidad
		PROMOVER LA CULTURA POR LA MEJORA CONTINUA	ELABORAR INFORME DE RESULTADOS CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES Y SEGUIMIENTO	INFORME	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	Equipo de Mejora Continua de la Calidad y Oficina de Gestión de la Calidad
			ELABORAR EL PLAN DE PROYECTOS DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD	PLAN	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Equipo de Mejora Continua de la Calidad y Oficina de Gestión de la Calidad
			CONFORMACIÓN DEL COMITÉ DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD	RD	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Equipo 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 LINEAS DE ACCIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	INFORME	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	Equipo de Mejora Continua de la Calidad y Oficina de Gestión de la Calidad
		CAPACITACIÓN A PERSONAL DEL HOSPITAL EN PROYECTOS DE MEJORA CONTINUA	INFORME	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	Equipo de Mejora Continua de la Calidad y Oficina de Gestión de la Calidad

Plan de Gestión de la Calidad 2025 / HHV

SALUD		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	0	0	1	0	0	1	0	0	1	Implementación del Sistema de Gestión de la Calidad y Oficina de Gestión de la Calidad
		INFORME DEL PLAN ANUAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	INFORME	2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1
		REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES POR LA SEMANA DE LA CALIDAD	INFORME	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		CONFORMACIÓN DEL COMITÉ DE AUDITORIA MÉDICA Y COMITÉ DE AUDITORIA EN SALUD	CAS Y CAM APROBADO CON RD	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		ELABORAR EL PLAN DE AUDITORIA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN	PLAN	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		EJECUTAR AUDITORIAS PROGRAMADAS	HC AUDITADA	12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
		EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LOS REGISTROS DE ATENCIÓN	HC EVALUADA	240	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
		EVALUACIÓN DE ADHERENCIA DE GUÍAS DE LA PRÁCTICA CLÍNICA	INFORME	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
		ELABORAR EL PLAN DE PLATAFORMA DE ATENCIÓN AL USUARIO (BUZÓN DE SUGERENCIAS Y LIBRO DE RECLAMACIONES)	PLAN	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		FORTALECER LA CONTINUIDAD DEL MÓDULO DE ESCUCHA AL USUARIO EXTERNO (BUZÓN DE SUGERENCIA)	ACCION	12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
		EMITIR INFORME TÉCNICO DEL MÓDULO DE ESCUCHA AL USUARIO EXTERNO (APERTURA DE BUZÓN DE SUGERENCIA)	INFORME	4	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
		ELABORAR REPORTE DEL LIBRO DE RECLAMACIONES A HHV	INFORME	12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
		ELABORAR INFORME DE GESTIÓN DE PLATAFORMA DE ATENCIÓN AL USUARIO	INFORME	4	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1