

MINISTERIO DE SALUD



Dirección General

## RESOLUCION DIRECTORAL

N° 077-2012-DG-HVLH

Magdalena del Mar, 28 de Marzo 2012

**Visto;** La Nota Informativa N° 028-OEPE/HVLH-2012, emitida por la Directora de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico del Hospital "Víctor Larco Herrera";

### CONSIDERANDO:

Que, mediante la Ley N° 27657 – Ley del Ministerio de Salud, establece que el Ministerio de Salud diseña y organiza procesos organizacionales de dirección, operación y apoyo, los mismos que deben implementar las estrategias de mediano plazo. Los subprocesos y actividades componentes se modifican en función de las innovaciones tecnológicas y la reformulación de los objetivos estratégicos;

Que, la Dirección de Salud de las personas, a través de la Dirección de Calidad en Salud, tiene a cargo el diseño y conducción del "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud", así como brindar asistencia técnica para el mejoramiento continuo de la calidad en los procesos que se ejecutan en los servicios y establecimientos de salud.

Que, mediante Resolución Ministerial N° 519-2006-SA/DM, se aprobó el "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud", definiendo como el conjunto de principios, recursos, procesos, métodos, técnicas e instrumentos diseñados para dirigir a la organización en la gestión de su política de calidad en salud y sus objetivos, así como de los procesos que la implementan. La Gestión de la Calidad, es un componente de la gestión institucional y por ello es un deber de todo funcionario del sector, el determinar y aplicar la política de calidad expresada formalmente por la Alta Dirección del Ministerio de Salud.

Que, asimismo el artículo 17° del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital "Víctor Larco Herrera", aprobado por Resolución Ministerial N° 132-2005/MINSA, establece que la Oficina de Gestión de la Calidad, es la unidad orgánica encargada de implementar el Sistema de Gestión de la Calidad en el Hospital para promover la mejora continua de la atención asistencial y administrativa al usuario, con la participación activa del personal, depende de la Dirección General y tiene asignados objetivos funcionales, siendo uno de ellos literal a) Proponer la inclusión de actividades de calidad en los planes institucionales;

Que, mediante documento del VISTO, la Dirección Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, refiere haber revisado y evaluado el "Plan de Gestión de la Calidad", elaborado por la Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital "Víctor Larco Herrera", el mismo que cumple con los parámetros e indicaciones similares a los Planes Nacionales y mejora el plan anteriormente certificado; en consecuencia, por convenir a los intereses funcionales institucionales que permitan un mejor cumplimiento de los fines y objetivos de la institución, resulta necesario formalizar su aprobación, mediante la emisión del correspondiente acto de administración.

Estando a lo informado por la Directora de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico del Hospital "Víctor Larco Herrera", y,



Con el visto bueno de la Directora Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, de la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad y de la Jefa de la Oficina de Asesoría Jurídica del Hospital "Víctor Larco Herrera", y;

De conformidad con lo previsto por el artículo 17° de la Ley N° 27444 – Ley del Procedimiento Administrativo General y el literal c) del artículo 11° del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital "Víctor Larco Herrera" aprobado por Resolución Ministerial N° 132-2005/MINSA;

### SE RESUELVE:

**Artículo 1°.-** Aprobar con eficacia anticipada al 02 de Enero del 2012, el Documento Denominado: "PLAN DE GESTION DE LA CALIDAD DEL HOSPITAL "VICTOR LARCO HERRERA", el mismo que en documento adjunto a folios once (11) forma parte integrante de la presente Resolución.

**Artículo 2°.-** La Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital "Víctor Larco Herrera", es la responsable de la difusión e implementación del citado Documento.

**Artículo 3°.-** Dejar sin efecto las disposiciones que se opongan a la presente Resolución.

**Artículo 4°.-** Dispóngase a la Oficina de Comunicaciones, publicar el referido Documento Técnico en el portal de internet del Hospital "Víctor Larco Herrera".



Regístrese y Comuníquese

Ministerio De Salud  
Hospital "Víctor Larco Herrera"

Med. Carlos Ramos Sanchez  
Director General  
C.M.P. 15892 R.N.E. 7050

CHRS/GVC/MYRV.

**Distribución:**

- Dirección Adjunta
- Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico
- Oficina de Gestión de la Calidad
- Oficina de Asesoría Jurídica
- Oficina de Comunicaciones
- Unidades Orgánicas
- Archivo.

# PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD DEL HOSPITAL "VÍCTOR LARCO HERRERA"



Responsable  
Dirección General del Hospital "Víctor Larco Herrera"

Elaborado por la  
Oficina de Gestión de la Calidad





## INDICE

	Pág.
I INDICE	2
II INTRODUCCION	3
III AMBITO Y ALCANCE	4
IV OBJETIVO GENERAL	4
V OBJETIVOS ESPECIFICOS	4
VI ACTIVIDADES A DESARROLLAR	5
VII CRONOGRAMA	5
VIII ANEXOS	6-11





## II.- INTRODUCCION:

El Plan Anual de Gestión de la Calidad -2012 es un documento en el que se señalan los objetivos y actividades de la Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital "Víctor Larco Herrera" que se realizarán el presente año.

El presente plan está enmarcado dentro del Sistema de Gestión de la Calidad aprobado por RM N° 519-2006/ MINSA donde están incorporadas las acciones de:

**Auditoría, Seguridad del Paciente, Satisfacción del usuario externo, la Medición del tiempo de espera, el Sistema de Quejas y Sugerencias, el Clima Organizacional, Mejora Continua de la Calidad, el proceso de Acreditación,** cada una de ellas con sus particularidades y normatividad específica.

El conjunto organizado e integrado de todas estas actividades serán realizados en forma simultánea con los recursos necesarios, y con la finalidad de alcanzar los objetivos planteados para el año 2012

El Sistema de Gestión de la Calidad contribuye a generar una cultura de calidad que promueve el aprendizaje compartido y permanente para la mejora que satisfagan las necesidades de nuestros usuarios externos

La calidad de atención en el Hospital "Víctor Larco Herrera" la definimos como: "La provisión de servicios de Salud Mental y Psiquiatría accesibles y equitativos posibles, con un nivel Profesional adecuado y con mínimo riesgo para los pacientes, teniendo en cuenta los recursos disponibles y la limitación en la Infraestructura, logrando la adhesión y satisfacción de los usuarios externos e internos que beneficie una cultura de paz dentro del desarrollo local y nacional exitoso",





### 3.- AMBITO Y ALCANCE:

- El presente Plan de Gestión de la Calidad 2012 es de aplicación en los siguientes servicios de atención del Hospital "Víctor Larco Herrera":

1. Departamento de Consulta Externa y Salud Mental Comunitaria
2. Departamento de Niños y Adolescentes.
3. Departamento de Adicciones
4. Departamento de Hospitalización
5. Departamento de Servicios Médicos Complementarios
6. Departamento de Emergencia

### 4.- OBJETIVO GENERAL:

El Plan de Calidad de atención tiene como objetivo mejorar la calidad de atención y la satisfacción de pacientes, familiares y de los Profesionales y no Profesionales de salud que los atienden.

### 5.- OBJETIVOS ESPECIFICOS.

1. Fortalecer el Sistema de Gestión de la Calidad en el Hospital Víctor Larco Herrera.
2. Adaptar los indicadores correspondientes que garanticen la calidad según los criterios de programación de actividades presentadas en el Hospital Especializado en salud mental y Psiquiatría.
3. Participar en el avance del proceso de acreditación en el Hospital para alcanzar el Nivel III-E
4. Extender la Auditoria de la Calidad de Atención a la mayor parte de servicios.
5. Determinar el nivel de satisfacción del Usuario externo en el Hospital "Víctor Larco Herrera"
6. Realizar el Estudio del Clima Organizacional en el Hospital.
7. Capacitar a los Equipos de trabajo para la mejora continua de la Calidad en salud.
8. Promover y fortalecer una cultura de Seguridad del Paciente orientada a la reducción de riesgos en el Hospital.
9. Promover la participación de los Usuarios Internos y Externos estableciendo una alianza de la Institución con el paciente y familia.





10. Implementar Planes de Seguridad para reducir la frecuencia de los Eventos Adversos detectados.
11. Promover la aplicación de buenas Prácticas de Atención Segura
12. Difundir conceptos relacionados con la Seguridad del Paciente.

#### 6.- ACTIVIDADES A DESARROLLAR.

1. Difundir los Lineamiento de la política de Calidad del Ministerio de Salud.
2. Aplicar la Encuesta al Usuario Externo para la medición de la Calidad en el Hospital "Víctor Larco Herrera".
3. Realizar acciones de mejora en base a los resultados de la medición del grado de insatisfacción al Usuario Externo en Consulta Externa.
4. Capacitar a los Equipos de trabajo en la Mejora continua de la Calidad en Salud
5. Realizar la autoevaluación del Hospital Víctor Larco Herrera
6. Elaborar y monitorear el Plan de Auditoria de la Calidad de atención en salud
7. Evaluar el Plan Anual de Auditoria de la Calidad.
8. Establecer los Indicadores de Calidad de acuerdo a la realidad de la atención especializada en Salud Mental..
9. Aplicar el Cuestionario para la mejora del Clima Organizacional.
10. Elaborar el Plan para la Mejora del Clima Organizacional.
11. Evaluar el Plan del Clima Organizacional
12. Elaborar y monitorear el Plan de Seguridad del Paciente
13. Evaluar el Plan Anual para la Seguridad del Paciente
14. Difundir el uso de ficha de Notificación de Eventos Adversos
15. Promover la participación ciudadana mediante el uso de Libro de reclamaciones

#### 7.- CRONOGRAMA. Anexo N° 03





## ANEXO N° 1 GLOSARIO DE TÉRMINOS

**Auditoría de la Calidad de la Atención:** Es el mecanismo sistemático y continuo de evaluación del cumplimiento de estándares de calidad en salud que tiene como principio fundamental buscar la mejora continua de las prestaciones de salud.

**Auditoría de Calidad del Registro:** Verificación seriada o muestral de la calidad de los registros de las atenciones de salud brindadas y de los formatos que forman parte de la Historia Clínica.

**Auditoría de la Calidad de la Atención:** Es el mecanismo sistemático y continuo de evaluación del cumplimiento de estándares de calidad en salud que tiene como principio fundamental buscar la mejora continua de las prestaciones de salud.

**Acreditación:** Proceso de evaluación externa, periódico, basado en la comparación del desempeño del prestador de salud con una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar formulados y conocidos por los actores de la atención de la salud y que está orientado a promover acciones de mejoramiento continuo de la calidad de atención y el desarrollo armónico de las unidades productoras de servicios de un establecimiento de salud o servicio médico de apoyo. La condición de Acreditado se otorga por Resolución Ministerial en Lima y Callao y mediante Resolución Ejecutiva Regional en las regiones.

**Atención de Salud:** Conjunto de prestaciones que se brindan a una persona, la familia y la comunidad para la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud.

**Atributos de Calidad:** Propiedades o requisitos que identifican la prestación y que permiten caracterizarla en niveles óptimos deseados.

**Autoevaluación:** Fase inicial obligatoria de evaluación del proceso de acreditación, en la cual los establecimientos de salud que cuentan con un equipo institucional de evaluadores internos previamente formados, hacen uso del Listado de Estándares de Acreditación y realizan una evaluación interna para determinar su nivel de cumplimiento e identificar sus fortalezas y áreas susceptibles de mejoramiento.

**Seguridad del paciente:** Es el principio fundamental de la atención sanitaria y un componente crítico de la gestión de la calidad. Consiste en la reducción y mitigación de actos inseguros dentro del sistema de salud, a través del uso de las mejores prácticas, que aseguren la obtención de óptimos resultados para el paciente.

**Eventos adversos:** Es una lesión, complicación, incidente o un resultado inesperado o indeseado en la salud del paciente, directamente asociado con la atención de salud,





Un evento adverso es imputable a la atención de salud y no derivado de la enfermedad de base o condición de salud del paciente.

**Eventos Centinela:** Es un incidente o suceso inexplicado que produce la muerte o serias secuelas físicas o psicológicas, o el riesgo de éstas. Un evento adverso sólo en ocasiones es un evento centinela; en cambio todo evento centinela es un evento adverso.

**Clima Organizacional:** Se define como las percepciones compartidas por los miembros de una organización respecto al trabajo, el ambiente físico en que éste se da, las relaciones interpersonales que tienen lugar en torno a él y las diversas regulaciones formales e informales.

**Cultura Organizacional:** Conjunto de valores, creencias y entendimientos que los integrantes de una organización tienen en común.

**Conflicto:** Diferencia de intereses u opiniones entre una o más partes sobre determinada situación o tema. Involucra pensamiento y acción de los involucrados.

**Satisfacción del Usuario:** Son las expectativas, necesidades y preferencias de los usuarios sobre el servicio ofrecido.

**Queja:** Reclamo que involucre posibles casos de ejercicio ilegítimo, defectuoso, irregular, moroso, abusivo o excesivo, arbitrario o negligente de sus funciones.

**Tiempo de espera:** Es el tiempo de respuesta que pasa desde la entrada al Instituto hasta el momento efectivo que se ofrece el servicio.

**Mejora Continua:** proceso interrumpido de cambio, con base en un ciclo que comprende cuatro fases: Planificar, Hacer, Verificar y Actuar.

**Herramientas de Calidad:** son los instrumentos que nos sirven para analizar el problema objetivo.

**Proyecto:** Es un conjunto ordenado de acciones para alcanzar un propósito determinado.

**Calidad:** conjunto de características que posee un producto o servicio y que satisfacen los requisitos técnicos y expectativas de los usuarios.

**Gestión:** son las actividades coordinadas para dirigir y controlar una organización.

**Gestión de la Calidad:** son las actividades coordinadas para dirigir y controlar una organización en lo relativo a la calidad. La dirección y control en lo relativo a la calidad generalmente incluye el establecimiento de la política de la calidad, los objetivos de la calidad, la planificación de la calidad, el control de la calidad, el mejoramiento de la calidad y el aseguramiento de la calidad.





**Política de la Calidad:** son intenciones globales y orientaciones de una organización, relativas a la calidad tal como se expresan formalmente por su máxima dirección. Generalmente la política de la calidad es coherente con la política global de la organización y proporciona un marco de referencia para el establecimiento de los objetivos de la calidad.

**Objetivos de la calidad:** es algo ambicionado, o pretendido, relacionado con la calidad. Generalmente se basan en la política de la calidad de la organización y se especifican para los niveles y funciones pertinentes de la misma.

**Planificación de la calidad:** es la parte de la gestión de la calidad enfocada al establecimiento de los objetivos de la calidad y a la especificación de los procesos operativos necesarios y de los recursos relacionados para cumplir los objetivos de la calidad. El establecimiento de planes de la calidad puede ser parte de la planificación de la calidad.





**Anexo N° 02**  
**Criterios de Programación de Actividades Priorizadas – 2012**

N°	DENOMINACIÓN		Criterios de Programación de actividades priorizadas - 2012			
	ACTIVIDADES	UNIDAD DE MEDIDA	FACTOR DE CONCENTRACIÓN	DEFINICIÓN OPERACIONAL	FUENTE DE VERIFICACIÓN/REGISTRO	CRITERIOS DE PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES
1	Difundir los Lineamiento de la política de Calidad del Ministerio de Salud.	Charla	3	Actividad que tiene como objetivo impartir conocimientos a l personal de la Institución, con temas de Enfoque de Calidad en Salud.	Listado de participantes.	Tres Charlas de información de Enfoque de la Calidad de Atención en Salud
2	Aplicar la Encuesta al Usuario Externo para la medición de la Calidad en el Hospital "Victor Larco Herrera.	Informe	2	Medición del Grado de Insatisfacción del Usuario Externo mediante la aplicación de la Encuesta SERVQUAL modificada.	Informe emitido sobre los resultados de la medición de la Calidad.	Dos aplicaciones de encuestas con índice de Insatisfacción de los Usuarios Externos, SERVQUAL modificada.
3	Realizar acciones de mejora en base a los resultados de la medición del grado de insatisfacción al Usuario Externo en Consulta Externa.	Informe	11	Número de acciones de Mejora definidas en base a los resultados de la medición del grado de Insatisfacción del Usuario externo.	Informe de acciones de mejora sobre los resultados de la medición del grado de insatisfacción del Usuario Externo	Implementación de acciones de mejora para disminuir el nivel de insatisfacción del Usuario externo.
4	Capacitar a los Equipos de trabajo en la Mejora continua de la Calidad en Salud	Charla	3	Actividad que tiene como objetivo impartir conocimientos para implementar proyectos de mejora continua de la calidad	Equipos capacitados	Tres charlas de capacitación
5	Realizar la autoevaluación del Hospital Víctor Larco Herrera	Informe	1	Realizar la autoevaluación a los Departamentos y servicios Administrativo – Asistenciales para el cumplimiento de los requisitos establecidos	Informe emitido sobre cumplimiento del Listado de estándares de acreditación.	Una autoevaluación al año
6	Elaborar y monitorear el Plan de Auditoria de la Calidad de atención en salud	Plan de Auditoria aprobado	1	Documento que determina los objetivos y el alcance de la Auditoria, las Áreas o actividades a examinarse, el recurso humano y los plazos necesarios para su ejecución en el periodo 2012.	Plan de Auditoria	Un Plan de Auditoria de la Calidad de Atención en Salud por Comité de Auditoria en el Hospital.





Nº	DENOMINACIÓN		Criterios de Programación de actividades priorizadas - 2012			
	ACTIVIDADES	UNIDAD DE MEDIDA	FACTOR DE CONCENTRACIÓN	DEFINICIÓN OPERACIONAL	FUENTE DE VERIFICACIÓN/REGISTRO	CRITERIOS DE PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES
7	Evaluar el Plan Anual de Auditoría de la Calidad.	Informe	1	Documento mediante la cual se determina en que medida se cumplieron los objetivos del Plan Anual de Auditoría.	Informe	Un informe de Evaluación anual del Plan de Auditoría finalizado el IV trimestre.
8	Establecer los Indicadores de Calidad de acuerdo a la realidad de la atención especializada en Salud Mental..	Informe	1	Documento mediante el cual se determinan los indicadores adecuados para la atención en salud mental	Informe	Un Informe de Indicadores de Establecidos
9	Aplicar el Cuestionario para el Estudio del Clima Organizacional.	Informe	1	Medición del Clima Organizacional en el Hospital Víctor Larco Herrera mediante la aplicación del Cuestionario.	Informe	Aplicación del cuestionario Anual a los Usuarios Internos del Hospital Víctor Larco Herrera.
10	Elaborar el Plan para la Mejora del Clima Organizacional.	Plan aprobado	1	Documento técnico donde especifica los objetivos, cronograma de actividades del año 2012.	Plan	Elaboración del Plan Sobre el Problemas Identificados y priorizado en el cuestionario del Clima Organizacional
11	Evaluar el Plan del Clima Organizacional	Informe	1	Actividad mediante el cual se determina en que medida se cumplieron los objetivos del Plan de Clima Organizacional.	Informe	Informe Anual de los resultados del Plan de Clima Organizacional.
12	Elaborar y monitorear el Plan de Seguridad del Paciente	Plan aprobado	1	Documento que determina los objetivos y el alcance de la Seguridad del Paciente, las actividades a implementarse y el recurso humano necesario para su ejecución	Plan de Seguridad del Paciente	Un Plan para la Seguridad del Paciente en el Hospital, por Comité de Seguridad del Paciente.
13	Evaluar el Plan Anual para la Seguridad del Paciente	informe	1	Actividad mediante el cual se determina en que medida se cumplieron los objetivos del Plan para la Seguridad del Paciente	Informe	Un Informe de Evaluación del Plan Anual para la Seguridad del Paciente del Hospital finalizado el IV Trimestre.
14	Difundir el uso de ficha de Notificación de Eventos Adversos en los servicios asistenciales	Informe	2	Registro y Análisis de los Eventos Adversos Detectados en los servicios asistenciales.	informe	Dos Informes anuales de registro de Eventos Adversos
15	Promover la participación ciudadana mediante el uso de Libro de reclamaciones	Informe	4	Registro de reclamos presentados y atendidos Monitoreo de Quejas y Sugerencias.	Libro de Reclamaciones	Cuatro Reportes y análisis de Reclamos presentados y atendidos





**Anexo N° 03  
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.**

ACTIVIDADES	MES											
	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
Difundir los Lineamientos de la política de Calidad del Ministerio de Salud; Charlas de Capacitación "Enfoque de Calidad"		■										
Aplicar la Encuesta al Usuario Externo para la medición de la Calidad en el Hospital "Victor Larco Herrera.				■					■			
Realizar Acciones de mejora en base a los resultados de la medición del grado de insatisfacción al Usuario Externo en Consulta Externa	■	■	■									
Capacitar a los Equipos de trabajo en la Mejora continua de la Calidad en Salud				■	■							
Realizar la autoevaluación del Hospital Víctor Larco Herrera					■							
Elaborar y monitorear el Plan de Auditoria de la Calidad de atención en salud	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Evaluar el Plan Anual de Auditoria de la Calidad.							■					■
Establecer los Indicadores de Calidad de acuerdo a la realidad de la atención especializada en Salud Mental..			■									
Aplicar el Cuestionario para el Estudio del Clima Organizacional.						■						
Elaborar el Plan de Mejora del Clima Organizacional.	■											
Evaluar el Plan de Mejora del Clima Organizacional							■					■
Elaborar y monitorear el Plan de Seguridad del Paciente	■											
Evaluar el Plan Anual para la Seguridad del Paciente												■
Registrar y Analizar los Eventos Adversos Detectados en los servicios asistenciales.						■						■
Promover el uso de Libro de Reclamaciones, registro de reclamos presentados y atendidos; monitoreo de quejas y sugerencias.			■			■			■			■

