

MINISTERIO DE SALUD



Dirección General

## RESOLUCION DIRECTORAL

N° 184 -2010-DG-HVLH

Magdalena del Mar, 09 de Julio 2010.

VISTO; el Memorando N° 098/OGC/HVLH/2010 emitido por el Director de la Oficina de Gestión de la Calidad 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, las mismas 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, los mismos que se establecen en el Reglamento de la presente Ley y en los Reglamentos Orgánicos Subsecuentes;

Que, el artículo 8° del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital "Víctor Larco Herrera", aprobado mediante Resolución Ministerial N° 132-2005/MINSA, determina los objetivos funcionales generales asignados al Hospital, siendo entre ellos, incisos d) Mejorar continuamente la calidad, productividad, eficiencia y eficacia de la atención de psiquiatría y salud mental, estableciendo las normas y los parámetros necesarios, así como generando una cultura organizacional con valores y actitudes hacia la satisfacción de las necesidades y expectativas del paciente y su familia, y g) Administrar los recursos humanos, materiales económicos y financieros para el cumplimiento de la Misión y sus Objetivos en cumplimiento de las normas vigentes;

Que, asimismo, el artículo 17° del Reglamento precitado, establece que la Oficina Gestión de Calidad es la encargada de implementar el Sistema de Gestión de 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, inciso a) Proponer la inclusión de actividades de calidad en los planes institucionales, c) Implementar las estrategias, metodologías e instrumentos de la calidad y mejora continua en los servicios y f) Asesorar en la formulación de normas, guías de atención y procedimientos de atención al paciente;

Que, mediante documento de visto, la Oficina de Gestión de Calidad, solicita a esta Dirección General la aprobación del documento denominado "PLAN DE CALIDAD –HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA 2010", mediante el acto de administración;

Que, 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 la aprobación del Plan de Calidad en el Hospital Víctor Larco Herrera 2010, mediante la emisión del correspondiente acto de administración;

Estando a lo informado por el Director de la Oficina de Gestión de Calidad;



Con el visto bueno del Sub Director General, del Director de la Oficina de Gestión de la Calidad y del Director de la Oficina de Asesoría Jurídica del Hospital "Victor Larco Herrera";y,

De conformidad con lo previsto en el literal c) y d) del artículo 11° del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital "Victor Larco Herrera" aprobado por Resolución Ministerial N° 132-2005/MINSA, y la Ley N° 27657;

**SE RESUELVE:**

**Artículo 1°.-** Aprobar el Documento Denominado: "PLAN DE CALIDAD DEL HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA PARA EL AÑO 2010", para su aplicación en el Hospital "Victor Larco Herrera", el mismo que en documento adjunto forma parte integrante de la presente Resolución.

**Artículo 2°.-** Encargar a la Sub Dirección General a través de la Oficina de Gestión de la Calidad, la difusión e implementación del citado Documento.

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

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

Regístrese y Comuníquese



MINISTERIO DE SALUD  
HOSPITAL "VICTOR LARCO HERRERA"  
*[Signature]*  
Dr. EDGAR J. MIRAVAL ROJAS  
DIRECTOR GENERAL  
C.M.P. 19027 R.N.E. 8617

EJMR/LAVS/JJH/FJIA/MYRV.

**Distribución:**

- Dirección General
- Sub Dirección General
- Oficina de Gestión de Calidad
- Oficina de Asesoría Jurídica
- Oficina de Comunicaciones
- Unidades Orgánicas.

Ministerio  
de Salud

HOSPITAL "VICTOR LARCO HERRERA"  
OFICINA DE GESTION DE LA CALIDAD

# PLAN DE CALIDAD

HOSPITAL

"VICTOR LARCO HERRERA"

2010

**INTRODUCCION:**

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, logrando la adhesión y satisfacción de los usuarios externos e internos que beneficie una cultura de paz dentro del desarrollo local y nacional exitoso".

**OBJETIVO:**

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

**INGREDIENTES CENTRALES DEL PLAN DE CALIDAD DE ATENCIÓN ASISTENCIAL ESPECIALIZADA DEL HVLH:**

- Estándares establecidos en el ámbito nacional e internacional con indicadores de estructura de procesos y resultados correspondientes con un Hospital Especializado en salud mental y Psiquiatría.
- Objetivo de calidad de atención con equidad, accesibilidad, eficacia y eficiencia en los Departamentos asistenciales finales:
  - CC.EE de niños y Adolescentes
  - CC.EE de Adultos
  - Emergencia
  - Hospitalización
  - Adicciones.
- Brindar información necesaria y suficiente para la comprensión de su real problema de salud y puedan firmar el consentimiento informado para su internación y tratamientos declarados especiales y de riesgo.
- Desarrollar los Procesos de atención mediante protocolos en especial sobre los tratamientos.
- Brindar seguridad con la minimización de las infecciones intrahospitalarias, identificación y corrección de los eventos adversos, buena y satisfactoria nutrición, etc.
- Monitorización de indicadores de estructura, proceso y resultados, a partir de una línea de información base y/o de estudios específicos con el fin de conocer los errores y fallas asistenciales de la Organización y corregirlos.

**LAS PRIORIDADES INSTITUCIONALES SON:**

- Promocionar y promover la estrategia de la calidad.
- Crear una cultura de cambio organizacional, basada en el logro de la calidad a través del mejoramiento continuo de los procesos de atención y solución de conflictos, hacia mejores resultados asistenciales y administrativas.



- Orientar los servicios de atención hacia el paciente y sus familiares de manera específica y hacia la comunidad de manera general.
- Impulsar las medidas encaminadas a la mejora de procesos, prevención y corrección de errores de las fallas asistenciales y administrativas.
- Contribuir al desarrollo del personal hacia una cultura de calidad.
- Lograr un impacto positivo en la mejora de la salud mental de la población.

Para el logro de una cultura de calidad en el marco del mejoramiento de los procesos de atención hacia la consecución de mejores resultados asistenciales es importante considerar los siguientes aspectos.

- Buscar y lograr la participación multidisciplinaria en la mejora de la calidad por parte de los empleados profesionales y no profesionales del hospital.
- Mejorar la gestión de los procesos de atención en la satisfacción de las necesidades asistenciales de los pacientes y sus familias.
- Lograr una atención basada en los avances de la Ciencia y la Tecnología.

El Plan de Calidad se estructura fundamentalmente en los siguientes niveles: objetivos institucionales, estándares de la Organización y monitorización de indicadores.

#### **OBJETIVOS INSTITUCIONALES.**

La mejora continua de la calidad debe involucrar a toda la organización a través de equipos de mejora continua que lleven a cabo actividades correspondientes con tal compromiso; considerando la elaboración de propuestas de los servicios de atención psiquiátrica altamente especializados, así como involucrar a la sociedad civil en el presente Plan de Calidad a partir de los resultados obtenidos vía los impactos sobre la salud mental de la población.

#### **ESTANDARES DE LA ORGANIZACIÓN.**

Es necesario elaborar los estándares de estructura, proceso y resultados a fin de utilizarlos como herramientas de trabajo y evaluación de la calidad de atención brindada. La medición del cumplimiento de estos estándares se basa en la autoevaluación en el camino hacia la acreditación hospitalaria.

**Dichos estándares son:**

- Estándares de la calidad de atención percibida y derechos de los pacientes.
  - Plan de acogida a los pacientes con calidez y calidad a través de un programa de buen trato, monitoreo de quejas y sugerencias de los pacientes y familiares, atendidas y resueltas.
  - Información al paciente y sus familiares de su problema de salud, el plan terapéutico a ser implementado y los riesgos que se deriven.
  - Consentimiento informado para la hospitalización y los tratamientos considerados "especiales" y de riesgo.



- Seguridad del paciente en su estancia hospitalaria y en su atención por Consulta Externa Ambulatoria.
- Consideración de su situación socio- económica para costos por Consulta Externa Ambulatoria, Hospitalización y Medicinas.
- Nutrición adecuada para el paciente hospitalizado.
- Estándares de Calidad Científica y tecnológica de la atención asistencial.
  - Eficacia en el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación de las patologías psiquiátricas de los pacientes.
  - Liderazgo y cultura de la calidad.
  - Vigilancia de las infecciones intrahospitalarias y su solución.
- Otros trabajos en la Institución Hospitalaria.

#### MONITORIZACIÓN DE INDICADORES:

Consiste en la medición sistemática y planificada de indicadores de calidad. Su objetivo es identificar la existencia de situaciones problemáticas que hay que intervenir y resolver satisfactoriamente.

#### Desde el Plan de Calidad se monitorizan los siguientes indicadores:

- Indicadores que se obtienen a través de la base de datos de la Oficina de Estadística e Informática del Hospital.
  - Mortalidad y morbilidad potencialmente evitables.
  - Morbilidad más frecuentemente atendida, para implementar Programas Especializados por Patologías.
  - Ingresos, Estancias y altas.
  - Reingreso del paciente, diagnóstico, tratamiento y seguimiento para evitar "puerta giratoria".
  - Tiempos de permanencia, intervalos de hospitalización, grado de ocupación para evitar la cronificación de los enfermos.
  - Otros indicadores trabajados por los Departamentos de atención asistencial.
- Indicadores obtenidos a partir de estudios específicos.
  - Tasa de retorno a Emergencia a las 72 horas de alta.
  - Porcentaje de altas no ejecutadas.
  - Porcentaje de estancias prolongadas superiores al promedio.
  - Tasa de recaídas.
  - Tiempo de permanencia en el servicio de Emergencia.
  - Tiempo de hospitalización en el servicio de corta estancia.
  - Tiempo de permanencia en el Departamento de Adicciones y cumplimiento de Programa terapéutico.
  - Tasa de prevalencia de las infecciones intrahospitalarias.
  - Cantidad y calidad de investigaciones y docencia.



- Número de actividades de actualización y capacitación a los empleados del hospital.
- Número total de principios activos que conforman en la Guía Farmacoterapéutica y su uso protocolizado.
- Porcentaje de prescripciones a través de receta de principios activos incluidos en las guías y protocolos de atención
- Costos de atención por patología.
- Otros indicadores trabajados en el hospital.
- Desarrollo del Programa de Voluntariado.



○