



Dirección General

RESOLUCION DIRECTORAL

N° 063-2016-DG-HVLH

Magdalena del Mar, 19 de febrero de 2016

Visto; la Nota Informativa N° 038-OGC-HVLH-2016, emitida por el Jefe 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, 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, con la finalidad de garantizar la calidad de la atención a los usuarios externos del hospital; y, direccionar, articular e integrar esfuerzos para el mejoramiento constante en la calidad de las prestaciones de salud de la especialidad, a través de los órganos de línea y otros comprendidos en el alcance del Sistema de Gestión de la Calidad y lograr la integración o reintegración de las personas a la sociedad, la Oficina de Gestión de la Calidad, ha elaborado el Plan Anual de Gestión de la Calidad y Derechos de las Personas -2016;

Que, el citado documento ha sido revisado por la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, como órgano asesor en aspectos normativos, emitiendo opinión favorable a través de la Nota Informativa N° 025-OEPE-HVLH-2016, por lo que es pertinente proceder a su aprobación con la resolución correspondiente;

Estando a lo informado por el Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad, y,

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

De conformidad con la Ley N° 26842, Ley General de Salud, Ley N° 27657, Ley del Ministerio de Salud, Resolución Ministerial N° 1216-2003/SA/DM que aprueba la Directiva N° 027-MINSA V.01: Normas que Regulan el Procedimientos de Atención y Trámite de Quejas, Sugerencias, Consultas e Interposiciones de buenos oficios en la Oficina de Transparencia y Defensoría de la Salud; Resolución Ministerial N° 474-2005/MINSA, que aprueba la NT N° 029-MINSA/GGSP-V 01 del 23.JUN.2005 "Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud", Resolución Ministerial N° 519-2005/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad de Atención en Salud", Resolución Ministerial N° 676-2006/MINSA, que aprueba el Plan Nacional para la Seguridad del Paciente 2006-2008", Resolución Ministerial N° 640-2006/MINSA, que aprueba el Manual para la Mejora Continua de la Calidad en Salud", Resolución Ministerial N° 596-2007/MINSA, que aprueba el Plan Nacional de Gestión de la Calidad en Salud", la Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, Documento Técnico "Política Nacional de Calidad en Salud", la Resolución Ministerial N° 468-2011/MINSA que aprueba el Documento Técnico: "Metodología para el Estudio del Clima





PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD Y DERECHOS DE LAS PERSONAS

HOSPITAL "VÍCTOR LARCO HERRERA"

OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD



2016





ELABORADO POR:

Equipo Técnico de la Oficina de Gestión de la Calidad

Méd. Carlos Alexis Salgado Valenzuela

Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad

Méd. Auditor. Sandra Giovanna Traverzo Vila

Personal de la OGC

Lic. Obsta. Susetty Milagros Bravo Seclén

Personal de la OGC

TAP. Esther Cáceres Barreto.

Personal de la OGC





ÍNDICE

| | | |
|-------|---|-------|
| I | INTRODUCCION | 4 |
| II | FINALIDAD | 4 |
| III | BASE LEGAL | 4-5 |
| IV | GENERALIDADES | 5 |
| | 4.1. MISIÓN | 5 |
| | 4.2. VISIÓN | 5 |
| V. | OBJETIVO GENERAL DE LA OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD | 5 |
| VI. | ACTIVIDADES | 5-10 |
| VII. | BIBLIOGRAFÍA | 10 |
| VIII. | ANEXO | 11 |
| | ANEXO N° 01: GLOSARIO DE TÉRMINOS | 12-16 |
| | ANEXO N° 02: MATRIZ DE PROGRAMACIÓN Y SEGUIMIENTOS DE LAS ACTIVIDADES OPERATIVAS | 17-23 |





I. INTRODUCCIÓN

El Plan de Gestión de la Calidad y Derechos de las Persona -2016 señala los objetivos y actividades de la Oficina de Gestión de la Calidad del "Hospital Víctor Larco Herrera" que serán realizados en el presente año.

El presente plan está enmarcado dentro lineamientos de la Oficina de Gestión de la Calidad y Derechos de las Personas del Instituto de Gestión de Servicios de Salud (IGSS), a través de los siguientes ejes:

- EJE 1:** Gestión de Procesos para la Certificación y la Acreditación
- EJE 2:** Cultura de la Calidad y Mejora Continua
- EJE 3:** Gestión de las Relaciones con el Usuario Externo
- EJE 4:** Gestión del Riesgo y las Buenas Prácticas en Seguridad del Paciente
- EJE 5:** Organización para la Calidad y Derechos de las Personas
- EJE 6:** Gestión de la Información Sanitaria e Investigación para la Calidad

Ejes de Trabajo donde están incorporadas las acciones de Auditoría, Seguridad del Paciente, Eventos Adversos, Ronda de Seguridad, Guía de Práctica Clínica, Satisfacción del Usuario Externo, Medición del Tiempo de Espera, Guía de Quejas y Sugerencias, Clima Organizacional, Proyectos de Mejora y Proceso de Autoevaluación y Acreditación.

II. FINALIDAD

Desarrollar el conjunto de herramientas e instrumentos planteados en las diferentes actividades para garantizar la calidad de la atención a los usuarios externos del hospital.

III. BASE LEGAL

1. Ley N° 26842, "Ley General de Salud".
2. Ley N° 27657, "Ley del Ministerio de Salud".
3. Ley N° 27815, "Ley del Código de Ética de la Función Pública"
4. Ley N° 27658, "Ley Marco de Modernización de la Gestión del estado"
5. Decreto Supremo N° 013-2006-SA, que aprueba el: "Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".
6. Decreto Legislativo N° 1088, "Ley del Sistema Nacional de Planeamiento Estratégico y del Centro Nacional de Planeamiento Estratégico (CEPLAN)".
7. Decreto Supremo N° 023-2005-SA, "Reglamento de Organizaciones y Funciones del Ministerio de Salud y su modificatoria mediante el Decreto Supremo N° 007-2006-SA, Artículo 3°, 4°, 17° y 18°.
8. Resolución Ministerial N° 132-2005/MINSA, aprueban el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Víctor Larco Herrera.
9. Resolución Ministerial N° 596-2007/MINSA, aprueban el Plan Nacional de Gestión de la Calidad en Salud.
10. Resolución Ministerial N° 519 – 2005/MINSA que aprueba el documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad de la Atención en Salud.
11. Resolución Ministerial N° 474 -2005/MINSA, que aprueba la NT N° 029 – MINSA /DGSP - V 01 del 23 de junio del 2005, "Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud".
12. Resolución Ministerial N° 676-2006-MINSA – "Plan Nacional para la Seguridad del Paciente 2006-2008".
13. 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".
14. Resolución Ministerial N° 468-2011/MINSA que aprueba el Documento Técnico: "Metodología para el Estudio del Clima Organizacional V.02".





15. Resolución Ministerial N° 1216-2003/SA/DM que aprueba la Directiva N° 027-MINSA-V01: Norma que regulan El Procedimiento de atención y Trámite de quejas, sugerencias, consultas e interposiciones de buenos oficios en la oficina de transparencia y defensoría de la salud.
16. Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, Documento Técnico "Política Nacional de Calidad en Salud"
17. 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.

IV. GENERALIDADES

4.1 Visión

"En el año 2016 el Hospital Víctor Larco Herrera será una institución competente en Psiquiatría y Salud Mental, con una organización administrativa- asistencial, integrada, ordenada, dinámica, funcional y efectiva, que se sustente en el trabajo de equipo interdisciplinario con enfoque comunitario y se oriente hacia el liderazgo en la atención especializada, docencia e investigación en Salud Mental de acuerdo a los estándares de calidad"

4.2 Visión

"Brindar servicios especializados de la mejor calidad, de prevención, promoción, tratamiento y rehabilitación en Psiquiatría y Salud Mental a la población en general"

V. OBJETIVO DE LA OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

Objetivo General

Fortalecer la calidad de la atención que brinda el hospital a todos los usuarios de acuerdo a los estándares de calidad.

VI. ACTIVIDADES

EJE 1: GESTION DE PROCESOS PARA LA CERTIFICACIÓN /ACREDITACIÓN

Objetivo Específico 1.1: Fortalecer competencias en el Proceso de Evaluación Integral de la Calidad para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo

ACT.1: Reconfirmación y aprobación con Resolución Directoral del Equipo de Autoevaluadores Internos

ACT.2: Informe de capacitación del Equipo de Autoevaluadores Internos

Objetivo Específico 1.2. Fortalecer competencias en Gestión por Procesos y Costos

ACT.3: Informe de capacitación a Jefaturas Administrativas y Asistenciales referente a la Gestión por Procesos y Costeo Basado en Actividades

Objetivo Específico 1.3. Desarrollar el Proceso de Acreditación / Certificación Institucional

ACT.4: Informe Técnico de la Autoevaluación 2016

ACT.5: Informe de implementación acciones de mejora de acuerdo a los resultados de la Autoevaluación





Objetivo Específico 1.4. Contar con Procesos normalizados y eficientes que respondan a las necesidades del usuario externo y acompañante

ACT.6: Informe de actualización del 15% de MAPROS orientado a los usuarios externos

Objetivo Específico 1.5. Contar con Procesos normalizados y eficientes que respondan a las necesidades institucionales

ACT.7: Informe de actualización del 15% de MAPROS orientado a la Organización

EJE 2: CULTURA DE LA CALIDAD Y MEJORA CONTINUA

Objetivo Específico 2.1. Fortalecer competencias en Mejora Continua de la Calidad (Proyectos de MCC)

ACT.8: Informe de capacitación a los Equipos de Proyectos de Mejora Continua.

Objetivo Específico 2.2. Promover una Cultura por la Mejora Continua de la Calidad

ACT.9: Informe de capacitación a los Equipos de Proyectos de Mejora Continua.

Objetivo Específico 2.3. Optimizar y Mejorar Procesos Críticos (Desarrollo de Proyectos de MCC)

ACT.10: Elaboración de Proyecto de Mejora para la reducción de tiempo de espera en consulta externa

Objetivo Específico 2.4. Reducción de Costos de la No Calidad (Reintervenciones/ Reprocesos en la Atención/ Judicialización de los Casos/Infracciones al Reglamento de Infracciones y Sanciones de SUSALUD)

ACT.11: Monitoreo del Informe del Plan de Mitigación de Riesgos de SUSALUD por parte de la Unidad de Seguros del hospital

EJE 3: GESTIÓN DE LAS RELACIONES CON EL USUARIO EXTERNO

Objetivo Específico 3.1. Fortalecer competencias en Promoción y Protección del Derecho de las Personas

ACT.12: Informe de capacitación al personal en Técnicas de Atención al Usuario

Objetivo Específico 3.2. Fortalecer competencias en Humanización de la Atención en Salud

ACT.13: Informe de capacitación al personal en Humanización de la Atención

Objetivo Específico 3.3. Fortalecer el Sistema de Orientación- Absolución de Reclamos

ACT.14: Informe de instalación y funcionamiento de la Plataforma de Atención al Usuario

ACT.15: Informe mensual del Libro de Reclamaciones

ACT.16: Informe de acciones de mejora orientadas a reducir los reclamos



**Objetivo Específico 3.4. Supervisar la implementación del Proceso de Promoción y Protección del Derecho que involucre la participación de la Familia y la Comunidad**

ACT.17: Informe de cumplimiento de acuerdos de las visitas de supervisión de las UF de Servicio de Atención al Usuario

Objetivo Específico 3.5. Fomentar la Promoción y Protección de los Derechos de los Usuarios a través de la retroalimentación de las intervenciones basado en los requerimientos de los Grupos de Interés

ACT.18: Informe de resultados de la medición de la satisfacción del usuario externo en consulta externa, hospitalización y emergencia.

ACT.19: Informe de implementación de acciones de mejora basado a los resultados SERVQUAL (pacientes SIS) en el servicio de Consulta Externa.

Objetivo Específico 3.7. Fortalecer la Imagen Institucional de los OODD - IGSS respecto a la Calidad de Atención y el respeto por los Derechos de las Personas

ACT.20: Informe de difusión y visualización de afiches de los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud

EJE 4: GESTIÓN DEL RIESGO Y LAS BUENAS PRÁCTICAS EN SEGURIDAD DEL PACIENTE**Objetivo Específico 4.1. Fortalecer competencias en Buenas Prácticas de Atención y Gestión del Riesgo**

ACT.21: Informe de Capacitación dirigido a las jefaturas asistenciales en "Gestión de riesgos asistenciales en salud y mejora continua"

ACT.22: Informe de Capacitación dirigido a las jefaturas asistenciales en "El Proceso de la Auditoría- Tipos de auditoría"

Objetivo Específico 4.2. Fortalecer el Sistema de Registro- Notificación - Análisis y Mejora del Incidente y Evento Adverso

ACT.23: Informe de Capacitación dirigido a las jefaturas asistenciales en "Gestión de Riesgos Y Eventos Adverso"

Objetivo Específico 4.3. Promover una Cultura basada en el aprendizaje del error - Cultura de Seguridad

ACT. 24: Reporte del listado de las Guías de Práctica Clínica oficializados con RD por Departamentos o servicios

ACT.25: Reporte de la Validación y monitoreo de la adherencia de Guías de Práctica Clínica aprobadas de patologías más frecuentes

ACT.26: Informe de Adherencia de Guías de Práctica Clínica

Objetivo Específico 4.5. Implementar el Proceso de Aprendizaje del Error (Rondas de Seguridad; Identificación-Registro-Notificación-Análisis y Mejora del Incidente y Evento Adverso)



ACT.27: Informe del registro, notificación y análisis de incidentes y eventos adversos relacionados con la seguridad del paciente en la atención en salud mental

ACT.28: Informe de Rondas de Seguridad del Paciente ejecutadas en el hospital.

ACT.29: Informe de cumplimiento de acciones de mejora de las Rondas de seguridad del paciente ejecutadas.

ACT.30: Elaboración y aprobación del Plan de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud

ACT.31: Reconfirmación y aprobación del Comité de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud del Hospital Víctor Larco Herrera

ACT.32 Informe del Plan de Auditoría de la Calidad de Atención.

Objetivo Específico 4.6. Fortalecer el Proceso de Análisis de los Eventos Centinela (Intervención Contingencial)

ACT 33: Informe de análisis de Evento Centinela a demanda (si se presentara en el hospital HVLH)

Objetivo Específico 4.7. Contribuir a la Reducción de Riesgos asociados a la prestación, orientados hacia la Acreditación y Certificación de OODD (Seguimiento a Planes de Mitigación de Riesgos)

ACT.34: Supervisión del cumplimiento de implementación de recomendaciones, acciones de mejora y acciones correctivas del Plan de Mitigación de Riesgos según visita de SUSALUD

EJE 5: ORGANIZACIÓN PARA LA CALIDAD Y DERECHOS DE LAS PERSONAS

Objetivo Específico 5.1. Fortalecer la Organización de la Calidad en el IGSS y OODD

ACT.35: Elaboración y aprobación con Resolución Directoral del Plan de Gestión de la Calidad y Derecho de las Personas

ACT.36: Informe del cumplimiento del Plan de Gestión de la Calidad y Derecho de las Personas

ACT.37: Aprobación Oficial del Responsable de la Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital "Víctor Larco Herrera"

Objetivo Específico 5.2. Promover condiciones del ambiente de trabajo adecuados para la gestión de la calidad y derechos de las personas

ACT.38: Supervisión de la elaboración y aprobación con Resolución Directoral del Plan de para el Estudio de Clima Organizacional

ACT.39 Solicitar el Informe Técnico del Estudio de Clima Organizacional a la Oficina de Personal

ACT.40 Informe de la supervisión del cumplimiento de la ejecución del Plan de Intervención del Estudio de Clima Organizacional





Objetivo Específico 5.3. Alinear los procesos de gestión de la calidad y derechos de las personas a los Políticas y Lineamientos Sectoriales

ACT.41: Informe de difusión y socialización de los Documentos técnicos a las jefaturas asistenciales y administrativas del HVLH

EJE 6: GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN SANITARIA E INVESTIGACIÓN PARA LA CALIDAD

Objetivo Específico 6.1. Fortalecer el Sistema de Información Gerencial en Gestión de la Calidad y Derechos de las Personas (TIC)

ACT.42: Reporte de la aplicación del Diagrama de Pareto como herramienta de análisis en las diferentes actividades de la Oficina de Gestión de la Calidad

Objetivo Específico 6.2. Fortalecer el Proceso de Toma de Decisiones en Gestión de la Calidad y Derechos de las Personas basado en la Información oportuna en el marco de las prioridades sanitarias.

ACT 43: Informe del cumplimiento del Plan de Gestión de la Calidad y Derechos de las Personas

Objetivo Específico 6.3 Fortalecer el Sistema de Prevención y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud

ACT 44: Monitoreo de cumplimiento de capacitaciones y certificación al Equipo de Prevención y Control de IAAS por la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental

ACT 45: Monitoreo de cumplimiento del Plan Maestro de Prevención y Control por la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental

ACT 46: Monitoreo de cumplimiento de la implementación del Plan de Prevención y Control de IAAS por la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental

ACT.47: Monitoreo de cumplimiento de capacitaciones y certificación al Equipo de Prevención y Control Interno por la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental

ACT. 48: Monitoreo de cumplimiento de las autoevaluaciones realizadas a los equipos de prevención y control internos y de la evaluación externa del IGSS por la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental

Objetivo Específico 6.4 Fortalecer la Implementación de prácticas de prevención y control de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud basadas en evidencia.

ACT. 49: Monitoreo de cumplimiento de la capacitación de los equipos de prevención y control internos sobre el uso de "Care Bundle" o Paquete de Medidas para la prevención de las IAA

ACT.50: Monitoreo de cumplimiento de la evaluación y supervisión en la actividad asistencial de acuerdo con los cinco momentos de la higiene de manos.

Objetivo Específico 6.5 Fortalecer el Uso adecuado y seguro de medicamentos, antisépticos, desinfectantes, y mezclas parenterales.





ACT.51: Monitoreo de cumplimiento de la capacitación y certificación al Equipo de Prevención y control Integral en uso adecuado y seguro de medicamentos, antisépticos, desinfectantes, y mezclas parenterales.

ACT.52: Monitoreo del cumplimiento de la evaluación de los Procesos en el uso adecuado y seguro de medicamentos, antisépticos, desinfectantes, y mezclas parenterales basado en la normativa vigente.

VII. BIBLIOGRAFÍA

1. www.minsa.gob.pe/DGSP
2. www.igss.gob.pe





VIII. ANEXOS





ANEXO N° 01

GLOSARIO DE TÉRMINOS

Atención Segura:

Grado en el cual los servicios sanitarios para individuos y poblaciones aumentan la posibilidad de resultados en salud deseados y son consistentes con el conocimiento profesional actual.

Auditoría de Caso:

Es aquella que por su implicancia en las políticas de la organización, su carácter legal, en mérito a los reclamos, quejas y/o denuncias presentadas, su complejidad requieren un manejo especial que obliga a la participación de diferentes especialidades asistenciales, incluyendo muchas veces funciones operativo -administrativas del establecimiento de salud.

Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud:

Es el mecanismo sistemático y continuo de evaluación del cumplimiento de estándares de calidad en salud. Implica la realización de actividades de evaluación y seguimiento de procesos definidos como prioritarios.

Auditoría de la Calidad del Registro Asistencial:

Verificación seriada o muestral de la calidad de los registros médicos y de los formatos asistenciales de la Historia Clínica en relación a un determinado servicio asistencial.

Auditoría de Oficio:

Es aquella que se encuentra contenida en el Plan de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud, obedece al análisis de la problemática organizacional, y se puede basar en indicadores Asistenciales / Administrativos.

Auditoría Interna:

Es una auditoría realizada por personal dependiente de la propia organización.

Auditoría Externa:

La auditoría externa es la que realiza un auditor externo a una organización a solicitud del titular.

Auditoría Médica:

Es el análisis crítico y sistemático de la calidad de la atención médica, incluyendo procedimientos, diagnósticos y decisiones terapéuticas, el uso de recursos y los resultados de los mismos que repercutan en los desenlaces clínicos y en la calidad de vida del paciente; es realizada solamente por el personal médico para determinar la adecuación y correspondencia con los criterios normativos pre-establecidos.

Barrera de Seguridad:

Son restricciones administrativas o técnicas que pueden detener la falla activa o absorber su efecto y evitar el daño o la producción del error.

Buzón de Sugerencias:

Es una herramienta de participación el cual los usuarios depositan por escrito sus alternativas de mejora para la institución.

Calidad:

Conjunto de características que posee un producto o servicio y que satisfacen los requisitos técnicos y expectativas de los usuarios.

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, que afectan a dicho trabajo.

Complicación:

Resultado clínico de probable aparición e inherente a las condiciones propias del paciente y/o de su enfermedad.



**Comunicación Organizacional:**

Consiste en el proceso de emisión y recepción de mensajes dentro de una compleja organización. Dicho proceso puede ser interno, es decir, basado en relaciones dentro de la organización, o externo.

Cultura de Seguridad:

Se define por las creencias, valores y actitudes de sus profesionales y todo el personal con relación a la ocurrencia y manejo de los errores que ocurren en la atención de las personas.

Cultura Organizacional:

Es el conjunto de valores, creencias y entendimientos importantes que los integrantes de una organización tienen en común. Se refiere a un sistema de significados compartidos por una gran parte de los miembros de una organización que distinguen de una organización a otras.

Daño en el paciente:

Pueden ser clasificados según su gravedad en:

- a) **Leve:** cualquier evento adverso que no prolonga la estancia, requiere observación o tratamiento menor.
- b) **Moderado:** Cualquier evento adverso que ocasiona aumento en la estancia de al menos un día, produce un daño a tener en cuenta pero no es permanente.
- c) **Grave:** Cualquier evento adverso ocasiona fallecimiento, incapacidad residual al alta o requiere intervención quirúrgica.

Desarrollo Organizacional:

Conjunto de actividades para llevar a cabo un cambio planeado, que tiene como base los valores humanistas, esto con el único fin de mejorar la eficacia de la organización y el bienestar de los empleados y los usuarios.

Dimensiones del Clima Organizacional:

Las dimensiones del clima organizacional son las características susceptibles de ser medidas en una organización y que influyen en el comportamiento de los individuos.

Error:

Es la falla para completar una acción tal como fue planeada o el uso de un plan equivocado para lograr un objetivo. No todos los errores producen daño o lesión.

Evento Adverso en Salud:

Es un daño, una lesión o un resultado inesperado e indeseado en la salud del paciente, directamente asociado con la atención de salud.

Evento centinela:

Es un incidente o suceso que produce una muerte o un daño físico o psicológico severo de carácter permanente, que no estaba presente anteriormente y que requiere tratamiento permanente o cambio en el estilo de vida.

Factor contribuyente:

Se define como una circunstancia, acción o influencia que ha desempeñado un papel en el origen o la evolución de un incidente o que ha aumentado el riesgo de que se produzca un incidente.

Gestión

Dirigir, administrar los recursos, conseguir objetivos y metas y analizar los resultados para solucionar los problemas, así como coordinar y motivar a las personas que trabajan en una organización haciendo mejor uso de los recursos de que se disponen, asumiendo la responsabilidad de lo que se consume y de los resultados que se logren

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.



**Guía de Práctica Clínica**

Las Guías de Práctica Clínica (GPC) son un conjunto de recomendaciones desarrolladas de forma sistemática para ayudar a profesionales y a pacientes a tomar decisiones sobre la atención sanitaria más apropiada, y a seleccionar las opciones diagnósticas o terapéuticas más adecuadas a la hora de abordar un problema de salud o una condición clínica específica.

Gestión de Riesgo

Conjunto de acciones que aunque no garanticen la ausencia de "siniestros", tratan de agotar sus posibilidades de ocurrencia, dentro de costos sostenibles, tiene como objetivo la identificación, valoración, análisis y gestión de todo tipo de riesgos: clínicos y administrativos, en la organización, así se tome conciencia de la seguridad en salud, se registre y reporte los errores para de esta manera contribuir a la mejora.

Herramientas de Calidad:

Son los instrumentos que nos sirven para analizar el problema objetivo.

Identidad:

Es el sentimiento de pertenencia a la organización y que es un elemento importante y valioso dentro del grupo de trabajo. En general, la sensación de compartir los objetivos personales con los de la organización.

Incentivo: Es aquello que mueve a desear o hacer algo, puede tratarse algo real o simbólico la intención de dar u obtener una satisfacción.

Incidente:

Suceso que resulta del proceso de atención del paciente, es involuntario no causa daño pero que pudiera favorecer para la aparición de un evento adverso.

Libro de Reclamaciones:

Documento a través del cual un usuario (interno o externo) hace constar una inconformidad por el servicio o producto recibido de la institución.

Liderazgo:

Influencia ejercida por ciertas personas especialmente los jefes, en el comportamiento de otros para lograr resultados. No tiene un patrón definido, pues va a depender de muchas condiciones que existen en el medio social tales como: valores, normas y procedimientos, además es coyuntural.

Medida de mejora:

Es una medida adoptada o una circunstancia para mejorar o compensar cualquier daño derivado de un incidente.

Mejora Continua:

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

Motivación:

Es un conjunto de reacciones y actitudes naturales propias de las personas que se manifiestan cuando determinados estímulos del medio circundante se hacen presentes.

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.

Peligro:

Es una circunstancia, un agente o una acción que puede causar daño.

Plan de Acción:

Documento debidamente estructurado, por medio del cual se busca materializar objetivos previamente establecidos, dotándolos de elementos cuantitativos y verificables a lo largo del proyecto.



**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.

Potencial Humano:

Es el conjunto de conocimientos, habilidades y competencias que posee una persona que posibilita su rendimiento exitoso en cualquier puesto de su nivel o en otro superior y dentro de la Organización.

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.

Proyecto de Mejora:

Son proyectos orientados a generar resultados favorables en el desempeño y condiciones del entorno a través del uso de herramientas y técnicas de calidad.

Queja:

Expresión de insatisfacción o disconformidad del usuario respecto a un servicio o producto brindado por el establecimiento de salud

Recomendaciones:

Constituyen las propuestas o sugerencias, orientadas a la adopción de las acciones tendientes a mejorar o superar las condiciones que han sido evaluadas en relación a las prestaciones asistenciales.

Recursos Humanos (Usuarios internos):

Personas que en el sistema de salud realizan acciones para el logro de resultados en el campo de la salud, ya sea en bienes o servicios.

Riesgo:

Probabilidad de ocurrencia de un evento adverso dentro del sistema de atención de salud o un factor que incremente tal probabilidad.

Satisfacción del Usuario:

Son las expectativas, necesidades y preferencias de los usuarios sobre el servicio ofrecido.

Seguridad:

Es la reducción del riesgo de daños innecesarios hasta un mínimo aceptable, el cual se refiere a las nociones colectivas de los conocimientos del momento, los recursos disponibles y el contexto en el que se prestaba la atención, ponderadas frente al riesgo de no dispensar tratamiento o de dispensar otro.

Seguridad del Paciente:

Se define como la reducción y mitigación de actos inseguros dentro del sistema de atención de salud mediante el uso de las mejores prácticas, que aseguren la obtención de óptimos resultados para el paciente.

Sugerencia:

Todo aporte o iniciativa que no suponga reclamaciones formulada por el usuario o público en general en forma individual o colectiva, que permita mejorar la prestación recibida.

Técnicas de Calidad:

Son procedimientos que ayudan al aumento del grado de participación de los equipos de mejora para encontrar oportunidades de mejora en los procesos.





Tiempo de espera:

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

Usuario interno:

Personas que pertenecen al establecimiento de salud y realizan acciones para el logro de resultados ya sea en bienes o servicios.

Usuario externo:

Personas que requieren de un servicio en un establecimiento de salud para solucionar el problema de salud que le aqueja.





ANEXO N° 02

**MATRIZ DE PROGRAMACIÓN Y SEGUIMIENTOS DE LAS ACTIVIDADES OPERATIVAS
PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD Y DERECHO DE LAS PERSONAS 2016
HOSPITAL "VÍCTOR LARCO HERRERA"**

EJE 1: GESTION DE PROCESOS PARA LA CERTIFICACIÓN /ACREDITACIÓN

| OBJETIVOS | ACTIVIDADES | PERIODICIDAD DE REPORTE A IGSS | PERIODO DE REPORTE | | | | % METAS LOGRADAS | OBSERVACIONES |
|--|---|--------------------------------|--------------------|------|-------|------|------------------|---------------|
| | | | I T | II T | III T | IV T | | |
| 1.1. Fortalecer competencias en el Proceso de Evaluación Integral de la Calidad para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo | ACT.1: Reconformación y aprobación con Resolución Directoral del Equipo de Autoevaluadores Internos | ANUAL | X | | | | | |
| | ACT.2: Informe de capacitación del Equipo de Autoevaluadores Internos | SEMESTRAL | X | | X | | | |
| 1.2. Fortalecer competencias en Gestión por Procesos y Costos | ACT.3: Informe de capacitación a Jefaturas Administrativas y Asistenciales referente a la Gestión por Procesos y Costeo Basado en Actividades | SEMESTRAL | X | | X | | | |
| 1.3. Desarrollar el Proceso de Acreditación / Certificación Institucional | ACT.4: Informe Técnico de la Autoevaluación 2016 | ANUAL | | | X | | | |
| | ACT.5: Informe de implementación acciones de mejora de acuerdo a los resultados de la Autoevaluación | SEMESTRAL | | X | | X | | |
| 1.4. Contar con Procesos normalizados y eficientes que respondan a las necesidades del usuario externo y acompañante | ACT.6: Informe de actualización del 15% de MAPROS orientado a los usuarios externos | SEMESTRAL | | X | | X | | |
| 1.5. Contar con Procesos normalizados y eficientes que respondan a las necesidades institucionales | ACT.7: Informe de actualización del 15% de MAPROS orientado a la Organización | SEMESTRAL | | X | | X | | |





EJE 2: CULTURA DE LA CALIDAD Y MEJORA CONTINUA

| OBJETIVOS ESTRATEGICOS | ACTIVIDADES | PERIODICIDAD DE REPORTE A IGSS | IGSS | | | | % METAS LOGRADAS | OBSERVACIONES |
|---|--|--------------------------------|------|------|-------|------|------------------|---------------|
| | | | I T | II T | III T | IV T | | |
| 2.1.Fortalecer competencias en Mejora Continua de la Calidad (Proyectos de MCC) | ACT.8: Informe de capacitación a los Equipos de Proyectos de Mejora Continua. | SEMESTRAL | | X | | X | | |
| 2.2.Promover una Cultura por la Mejora Continua de la Calidad | ACT.9: Informe de capacitación a los Equipos de Proyectos de Mejora Continua. | TRIMESTRAL | X | X | X | X | | |
| 2.3.Optimizar y Mejorar Procesos Críticos (Desarrollo de Proyectos de MCC) | ACT.10: Elaboración de Proyecto de Mejora para la reducción de tiempo de espera en consulta externa | TRIMESTRAL | X | X | X | X | | |
| 2.4.Reducción de Costos de la No Calidad (Reintervenciones/ Reprocesos en la Atención/ Judicialización de los Casos/Infracciones al Reglamento de Infracciones y Sanciones de SUSALUD) | ACT.11: Monitoreo del Informe del Plan de Mitigación de Riesgos de SUSALUD por parte de la Unidad de Seguros del hospital | TRIMESTRAL | X | X | X | X | | |





EJE 3: GESTIÓN DE LAS RELACIONES CON EL USUARIO EXTERNO

| OBJETIVOS ESTRATEGICOS | ACTIVIDADES | PERIODICIDAD DE REPORTE A IGSS | IGSS | | | | % METAS LOGRADAS | OBSERVACIONES |
|--|---|--------------------------------|------|------|-------|------|------------------|---------------|
| | | | I T | II T | III T | IV T | | |
| 3.1.Fortalecer competencias en Promoción y Protección del Derecho de las Personas | ACT.12: Informe de capacitación al personal en Técnicas de Atención al Usuario | TRIMESTRAL | X | X | X | X | | |
| 3.2.Fortalecer competencias en Humanización de la Atención en Salud | ACT.13: Informe de capacitación al personal en Humanización de la Atención | TRIMESTRAL | X | X | X | X | | |
| 3.3.Fortalecer el Sistema de Orientación- Absolución de Reclamos | ACT.14: Informe de instalación y funcionamiento de la Plataforma de Atención al Usuario | TRIMESTRAL | X | X | X | X | | |
| | ACT.15: Informe mensual del Libro de Reclamaciones | MENSUAL | 3 | 3 | 3 | 3 | | |
| | ACT.16: Informe de acciones de mejora orientadas a reducir los reclamos | TRIMESTRAL | X | X | X | X | | |
| 3.4.Supervisar la implementación del Proceso de Promoción y Protección del Derecho que involucre la participación de la Familia y la Comunidad | ACT.17: Informe de cumplimiento de acuerdos de las visitas de supervisión de las UF de Servicio de Atención al Usuario | TRIMESTRAL | X | X | X | X | | |
| 3.5. Fomentar la Promoción y Protección de los Derechos de los Usuarios a través de la retroalimentación de las intervenciones basado en los requerimientos de los Grupos de Interés (Mediciones de la Satisfacción) | ACT.18: Informe de resultados de la medición de la satisfacción del usuario externo en consulta externa, hospitalización y emergencia. | ANUAL | | | X | | | |
| | ACT.19: Informe de implementación de acciones de mejora basado a los resultados SERVQUAL (pacientes SIS) en el servicio de Consulta Externa. | TRIMESTRAL | X | X | X | X | | |
| 3.6.Promover la Participación y Corresponsabilidad en el Cuidado de la Salud (Ciudadano, Familia, Comunidad, Actores / Autoridades Locales | NO APLICA | | | | | | | |
| 3.7. Fortalecer la Imagen Institucional de los OODD - IGSS respecto a la Calidad de Atención y el respeto por los Derechos de las Personas | ACT.20: Informe de difusión y visualización de afiches de los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud | TRIMESTRAL | X | X | X | X | | |





EJE 4: GESTIÓN DEL RIESGO Y LAS BUENAS PRÁCTICAS EN SEGURIDAD DEL PACIENTE

| OBJETIVOS ESTRATEGICOS | ACTIVIDADES | PERIODICIDAD DE REPORTE A IGSS | PERIODICIDAD DE REPORTE A IGSS | | | | % METAS LOGRADAS | OBSERVACIONES |
|--|--|--------------------------------|--------------------------------|------|-------|------|------------------|---------------|
| | | | IT | II T | III T | IV T | | |
| 4.1..Fortalecer competencias en Buenas Prácticas de Atención y Gestión del Riesgo | ACT.21: Informe de Capacitación dirigido a las jefaturas asistenciales en "Gestión de riesgos asistenciales en salud y mejora continua" | SEMESTRAL | | X | | X | | |
| | ACT.22: Informe de Capacitación dirigido a las jefaturas asistenciales en "El Proceso de la Auditoría- Tipos de auditoría" | SEMESTRAL | | X | | X | | |
| 4.2.Fortalecer el Sistema de Registro- Notificación - Análisis y Mejora del Incidente y Evento Adverso | ACT.23: Informe de Capacitación dirigido a las jefaturas asistenciales en "Gestión de Riesgos Y Eventos Adverso" | SEMESTRAL | | X | | X | | |
| 4.3.Promover una Cultura basada en el aprendizaje del error - Cultura de Seguridad | ACT. 24: Reporte del listado de las Guías de Práctica Clínica oficializados con RD por Departamentos o servicios | ANUAL | X | | | | | |
| | ACT.25: Reporte de la Validación y monitoreo de la adherencia de Guías de Práctica Clínica aprobadas de patologías más frecuentes | ANUAL | X | | | | | |
| | ACT.26: Informe de Adherencia de Guías de Práctica Clínica | SEMESTRAL | | X | | X | | |
| 4.4.Promover Buenas Prácticas de Atención por la Seguridad del Paciente (Objetivos Internacionales en Seguridad del Paciente) | NO APLICA EN EL HVLH | | | | | | | |
| | NO APLICA EN EL HVLH | | | | | | | |
| 4.5.Implementar el Proceso de Aprendizaje del Error (Rondas de Seguridad; Identificación-Registro-Notificación- Análisis y Méjora del Incidente y Evento Adverso) | ACT.27: Informe del registro, notificación y análisis de incidentes y eventos adversos relacionados con la seguridad del paciente en la atención en salud mental | TRIMESTRAL | X | X | X | X | | |
| | ACT.28: Informe de Rondas de Seguridad del Paciente ejecutadas en el hospital. | TRIMESTRAL | X | X | X | X | | |
| | ACT.29: Informe de cumplimiento de acciones de mejora de las Rondas de seguridad del paciente ejecutadas. | TRIMESTRAL | X | X | X | X | | |
| | ACT.30: Elaboración y aprobación del Plan de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud | ANUAL | X | | | | | |
| | ACT.31: Reconformación y aprobación del Comité de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud del Hospital Víctor Larco Herrera | ANUAL | | | | | | |
| | ACT.32: Informe del Plan de Auditoría de la Calidad de Atención. | TRIMESTRAL | X | X | X | X | | |
| 4.6.Fortalecer el Proceso de Análisis de los Eventos Centinela (Intervención Contingencial) | ACT 33: Informe de análisis de Evento Centinela a demanda (si se presentara en el hospital HVLH) | TRIMESTRAL | X | X | X | X | | |





| | | | | | | | | |
|--|---|------------|---|---|---|---|--|--|
| 4.7. Contribuir a la Reducción de Riesgos asociados a la prestación, orientados hacia la Acreditación y Certificación de ODD (Seguimiento a Planes de Mitigación de Riesgos) | ACT.34: Supervisión del cumplimiento de implementación de recomendaciones, acciones de mejora y acciones correctivas del Plan de Mitigación de Riesgos según visita de SUSALUD | TRIMESTRAL | X | X | X | X | | |
|--|---|------------|---|---|---|---|--|--|

EJE 5: ORGANIZACIÓN PARA LA CALIDAD Y DERECHOS DE LAS PERSONAS

| OBJETIVOS ESTRATEGICOS | ACTIVIDADES | PERIODICIDAD DE REPORTE A IGSS | PERIODICIDAD DE REPORTE A IGSS | | | | % METAS LOGRADAS | OBSERVACIONES |
|--|---|--------------------------------|--------------------------------|------|-------|------|------------------|---------------|
| | | | I T | II T | III T | IV T | | |
| 5.1. Fortalecer la Organización de la Calidad en el IGSS y ODD | ACT.35: Elaboración y aprobación con Resolución Directoral del Plan de Gestión de la Calidad y Derecho de las Personas | ANUAL | X | | | | | |
| | ACT.36: Informe del cumplimiento del Plan de Gestión de la Calidad y Derecho de las Personas | TRIMESTRAL | X | X | X | X | | |
| | ACT.37: Aprobación Oficial del Responsable de la Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital "Víctor Larco Herrera" | ANUAL | X | | | | | |
| 5.2. Promover condiciones del ambiente de trabajo adecuados para la gestión de la calidad y derechos de las personas | ACT.38: Supervisión de la elaboración y aprobación con Resolución Directoral del Plan de para el Estudio de Clima Organizacional | ANUAL | 1 | | | | | |
| | ACT.39: Solicitar el Informe Técnico del Estudio de Clima Organizacional a la Oficina de Personal | ANUAL | | X | | | | |
| | ACT.40: Informe de la supervisión del cumplimiento de la ejecución del Plan de Intervención del Estudio de Clima Organizacional | SEMESTRAL | | X | | X | | |
| 5.3. Alinear los procesos de gestión de la calidad y derechos de las personas a los Políticas y Lineamientos Sectoriales | ACT.41: Informe de difusión y socialización de los Documentos técnicos a las jefaturas asistenciales y administrativas del HVLH | SEMESTRAL | | X | | X | | |



EJE 6: GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN SANITARIA E INVESTIGACIÓN PARA LA CALIDAD

| OBJETIVOS ESTRATEGICOS | ACTIVIDADES | PERIODICIDAD DE REPORTE A IGSS | PERIODICIDAD DE REPORTE A IGSS | | | | % METAS LOGRADAS | OBSERVACIONES |
|---|---|--------------------------------|--------------------------------|-----|------|-----|------------------|---------------|
| | | | IT | IIT | IIIT | IVT | | |
| 6.1. Fortalecer el Sistema de Información Gerencial en Gestión de la Calidad y Derechos de las Personas (TIC) | ACT.42: Reporte de la aplicación del Diagrama de Pareto como herramienta de análisis en las diferentes actividades de la Oficina de Gestión de la Calidad | TRIMESTRAL | X | X | X | X | | |
| 6.2. Fortalecer el Proceso de Toma de Decisiones en Gestión de la Calidad y Derechos de las Personas basado en la Información oportuna en el marco de las prioridades sanitarias. | ACT 43: Informe del cumplimiento del Plan de Gestión de la Calidad y Derechos de las Personas | TRIMESTRAL | X | X | X | X | | |
| 6.3 Fortalecer el Sistema de Prevención y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud | ACT 44: Monitoreo de cumplimiento de capacitaciones y certificación al Equipo de Prevención y Control de IAAS por la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental | SEMESTRAL | | X | | X | | |
| | ACT 45: Monitoreo de cumplimiento del Plan Maestro de Prevención y Control por la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental | SEMESTRAL | | X | | X | | |
| | ACT 46: Monitoreo de cumplimiento de la implementación del Plan de Prevención y Control de IAAS por la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental | SEMESTRAL | | X | | X | | |
| | ACT.47: Monitoreo de cumplimiento de capacitaciones y certificación al Equipo de Prevención y Control Interno por la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental | SEMESTRAL | | X | | X | | |
| | ACT. 48: Monitoreo de cumplimiento de las autoevaluaciones realizadas a los equipos de prevención y control internos y de la evaluación externa del IGSS por la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental | SEMESTRAL | | X | | X | | |
| 6.4 Fortalecer la Implementación de prácticas de prevención y control de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud basadas en evidencia. | ACT. 49: Monitoreo de cumplimiento de la capacitación de los equipos de prevención y control internos sobre el uso de "Care Bundle" o Paquete de Medidas para la prevención de las IAA | SEMESTRAL | X | | | X | | |





| | | | | | | | | |
|--|---|------------|---|---|---|---|--|--|
| | ACT.50: Monitoreo de cumplimiento de la evaluación y supervisión en la actividad asistencial de acuerdo con los cinco momentos de la higiene de manos. | TRIMESTRAL | X | X | X | X | | |
| 6.5 Fortalecer el Uso adecuado y seguro de medicamentos, antisépticos, desinfectantes, y mezclas parenterales. | ACT.51: Monitoreo de cumplimiento de la capacitación y certificación al Equipo de Prevención y control Integral en uso adecuado y seguro de medicamentos, antisépticos, desinfectantes, y mezclas parenterales | SEMESTRAL | | X | | X | | |
| | ACT.52: Monitoreo del cumplimiento de la evaluación de los Procesos en el uso adecuado y seguro de medicamentos, antisépticos, desinfectantes, y mezclas parenterales basado en la normativa vigente | SEMESTRAL | | X | | X | | |

