



Dirección General

RESOLUCION DIRECTORAL

N° 098 -2015-DG-HVLH

Magdalena del Mar, 20 de abril 2015

Visto; la Nota Informativa N° 041-OGC-HVLH-2015, 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 Resolución Ministerial N° 727-2005-SA, 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, mediante Resolución Ministerial N° 640-2006/MINSA, se aprobó el "Manual para la Mejora Continua de la Calidad", cuya finalidad es estandarizar conceptos y uniformizar las herramientas y técnicas para la Mejora Continua de la Calidad en los Servicios y Establecimientos de Salud;

Que mediante Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, se aprobó el Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud", al que se define 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 y su finalidad es de contribuir a fortalecer los procesos de mejora continua de la calidad en salud en los establecimientos de salud y servicio médico de apoyo;

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, el Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad propone el Plan de Gestión de la Calidad -2015; el mismo que ha sido revisado por la Dirección Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, señalando que cumple con la estructura y parámetros de los formatos para la elaboración de Planes Nacionales; 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 Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad, y,

Con el visto bueno del Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad, del Director Ejecutivo de la Oficina de Planeamiento Estratégico y de la Jefa de la Oficina de Asesoría Jurídica del Hospital "Victor Larco Herrera", y;

De conformidad con lo previsto por el literal c) del artículo 11º del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital "Victor Larco Herrera" aprobado por Resolución Ministerial Nº 132-2005/MINSA;

SE RESUELVE:

Artículo 1º.- Aprobar el Documento Denominado: "**PLAN DE GESTION DE LA CALIDAD - 2015**" del Hospital "Victor Larco Herrera", el mismo que en documento adjunto a folios (13) forma parte integrante de la presente Resolución.

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

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

Artículo 4º.- 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"

.....
Med. Cristina Eguiguren Li
Directora General
CMP 17899 RNE 8270

CAEL//MYRV.

Distribución:

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





PERU

INSTITUTO DE GESTIÓN DE SERVICIOS DE
SALUD

HOSPITAL VICTOR LARCO
HERRERA

"Año de la Diversificación Productiva y
del Fortalecimiento de la Educación

PLAN ANUAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

HOSPITAL "VÍCTOR LARCO HERRERA"

OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD



2015





PERU

INSTITUTO DE GESTIÓN DE SERVICIOS DE
SALUD

HOSPITAL VICTOR LARCO
HERRERA

"Año de la Diversificación Productiva y
del Fortalecimiento de la Educación

ELABORADO POR:

Equipo Técnico de la Oficina de Gestión de la Calidad

Méd. Walter Alfredo Espinoza Cuestas

Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad

Méd. Auditor. Sandra Giovanna Traverzo Vila
TAP. Esther Cáceres Barreto.

Personal de la OGC

Personal de la OGC

Lic. Obsta. Susetty Milagros Bravo Seclén

Personal de la OGC

REVISADO POR

Méd. Cristina Alejandrina Equiguren Li
Director General HVLH

Mag. Adm. Víctor Manuel Flores Castañeda
Jefe de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico

Méd. Walter Alfredo Espinoza Cuestas
Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad





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
VII.	BIBLIOGRAFÍA	5
VIII.	ANEXO	6
	ANEXO N° 01: GLOSARIO DE TÉRMINOS	7-11
	ANEXO N° 02: MATRIZ DE PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES OPERATIVAS	12
	ANEXO N° 03: MATRIZ DE SEGUIMIENTO DE ACTIVIDADES OPERATIVAS	13





I. INTRODUCCIÓN

El Plan Anual de Gestión de la Calidad -2015 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) donde están incorporadas las acciones de Auditoría, Seguridad del Paciente, 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.

El Sistema de Gestión de la Calidad contribuye a generar una cultura de calidad, aprendizaje permanente para la mejora de los servicios que brinda la institución a los usuarios externos, así también las estrategias que permitan el adecuado rendimiento del usuario interno.

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 3º, 4º, 17º y 18º.
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° 468-2011/MINSA que aprueba el Documento Técnico: "Metodología para el Estudio del Clima Organizacional V.02".
14. 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.

15. Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, Documento Técnico "Política Nacional de Calidad en Salud"
16. 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 Misión

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

V. OBJETIVOS DE LA OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

5.1. Objetivo General

Fortalecer la calidad de la atención que brinda el hospital a todos los usuarios a través del afianzamiento de las competencias de sus trabajadores reforzando el clima laboral y la identidad para el logro de la atención especializada, docencia e investigación en Salud Mental de acuerdo a los estándares de calidad.

VI. ACTIVIDADES

Objetivo Específico 1: Promover la identidad institucional a través de la cultura organizacional.

1.1. Ejecución del Plan de Clima Organizacional

Objetivo Específico 2: Promover servicios de calidad en el hospital disminuyendo la insatisfacción de nuestros usuarios.

- 2.1 Ejecución del Plan de Autoevaluación y Acreditación.
- 2.2 Ejecución del Plan de Auditoría de la Calidad de la Atención en salud.
- 2.3 Ejecución del Plan de Seguridad del Paciente.
- 2.4 Ejecución del Plan de Satisfacción del Usuario Externo.
- 2.5 Ejecución del Plan de Tiempo de Espera.
- 2.6 Ejecución del Plan para la Gestión de Quejas y Sugerencias.
- 2.7 Ejecución del Plan para la Mejora Continua de la Calidad.

VII. BIBLIOGRAFÍA

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





PERU

INSTITUTO DE GESTIÓN DE SERVICIOS DE
SALUD

HOSPITAL VICTOR LARCO
HERREIRA

"Año de la Diversificación Productiva y
del Fortalecimiento de la Educación

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:

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.

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.





PERU

INSTITUTO DE GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

HOSPITAL VÍCTOR LARCO HERRERA

"Año de la Diversificación Productiva y del Fortalecimiento de la Educación"

ANEXO 02
MATRIZ DE PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES OPERATIVAS
PLAN ANUAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD DEL HOSPITAL VÍCTOR LARCO HERRERA - 2015

OBJETIVO GENERAL: Fortalecer la calidad de la atención que brinda el hospital a todos los usuarios a través del afianzamiento de las competencias de sus trabajadores reforzando el clima laboral y la identidad para el logro de la atención especializada, docencia e investigación en Salud Mental de acuerdo a los estándares de calidad.

ACTIVIDADES	META (anual)	UNIDAD	PERIODICIDAD DE REPORTE	MES												RESPONSABLE
				E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	
Objetivo Específico 1: Promover la identidad institucional a través de la cultura organizacional																
1.1 Ejecución del Plan de Clima Organizacional.	1	Informe	Anual												x	Oficina de Gestión de la Calidad
Objetivo Específico 2: Promover servicios de calidad en el hospital disminuyendo la insatisfacción de nuestros usuarios																
2.1 Ejecución del Plan de Autoevaluación y Acreditación	1	Informe	Anual											x		Oficina de Gestión de la Calidad
2.2 Ejecución del Plan de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud	4	Informe	Trimestral			x			x			x			x	Oficina de Gestión de la Calidad
2.3. Ejecución del Plan de Seguridad del Paciente	4	Informes	Trimestral			x			x			x			x	Oficina de Gestión de la Calidad
2.4. Ejecución del Plan de Satisfacción del Usuario Externo	1	Informe	Anual												x	Oficina de Gestión de la Calidad
2.5. Ejecución del Plan de Tiempo de Espera	4	Informe	Trimestral			x			x			x			x	Oficina de Gestión de la Calidad
2.6. Ejecución del Plan para la Gestión de Quejas y Sugerencias	12	Informe	Mensual	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	Oficina de Gestión de la Calidad
2.7. Ejecución del Plan para la Mejora Continua de la Calidad	4	Informe	Trimestral			x			x			x			x	Oficina de Gestión de la Calidad





ANEXO 03					
MATRIZ DE SEGUIMIENTO DE ACTIVIDADES OPERATIVAS					
PLAN ANUAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD DEL HOSPITAL VÍCTOR LARCO HERRERA - 2015					
ACTIVIDADES	METAS PROGRA- MADAS	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE DE VERIFICACIÓN	% METAS LOGRADAS	OBSERVACIONES
Objetivo Específico 1: Promover una cultura organizacional de identificación y compromiso institucional					
1.1. Ejecución del Plan de Clima Organizacional	1	Informe	Informe de la OGC		
Objetivo Específico 2: Promover servicios de calidad, reduciendo los costos de la mala calidad					
2.1. Ejecución del Plan de Autoevaluación y Acreditación	1	Informe	Informe de la OGC		
2.2. Ejecución del Plan de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud	4	Informe	Informe de la OGC		
2.3. Ejecución del Plan de Seguridad del Paciente	4	Informes	Informe de la OGC		
2.4. Ejecución del Plan de Satisfacción del Usuario Externo	1	Informe	Informe de la OGC		
2.5. Ejecución del Plan de Tiempo de Espera	4	Informe	Informe de la OGC		
2.6. Ejecución de la Guía de Procedimientos para la Gestión de Quejas y Sugerencias	12	Informe	Informe de la OGC		
2.7. Ejecución del Plan para la Mejora Continua de la Calidad.	4	Informe	Informe de la OGC		

