



Resolución Directoral

Miraflores, 20 de febrero de 2023.

VISTO:

El Expediente N° 23-002914-001, que contiene el Informe N° 029-2023-OGC-HEJCU, emitido por la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad y el Informe N° 031-A-2023-OEPP-HEJCU emitido por la Jefa de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento y Presupuesto, quien a su vez, remite el Informe Técnico N° 018-2023-EOM-OEPP-HEJCU y el Informe Técnico N° 012-2023-EP-OEPP-HEJCU emitidos por la Coordinadora del Equipo de Organización y Modernización y la Coordinadora del Equipo de Planeamiento, ambos de la citada oficina, del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa; y,

CONSIDERANDO:

Que, artículo VI del Título Preliminar de la Ley N° 26842 - Ley General de Salud, señala que: *"Es de interés público la provisión de servicios de salud, cualquiera sea la persona o institución que los provea. Es responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad."*;

Que, el artículo 1° de la Ley N° 27658, Ley Marco de Modernización de la Gestión del Estado, establece que: *"Declarase al Estado peruano en proceso de modernización en sus diferentes instancias, dependencias, entidades, organizaciones y procedimientos, con la finalidad de mejorar la gestión pública y construir un Estado democrático, descentralizado y al servicio del ciudadano."*;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 090-2022/MINSA, se aprobó la Directiva Administrativa N° 326-MINSA/OGPPM-2022, "Directiva Administrativa para la Formulación, Seguimiento y Evaluación de los Planes Específicos en el Ministerio de Salud"; cuya finalidad es: *"Contribuir al logro de los objetivos institucionales y sectoriales mediante la estandarización de Planes Específicos en el Ministerio de Salud (MINSA), que se oriente a lograr la operatividad de las intervenciones sanitarias y administrativas relevantes."*;

Que, el artículo 17° del Reglamento de Organización y Funciones de este nosocomio, 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 paciente, con la participación activa del personal;

Que, mediante Informe N° 029-2023-OGC-HEJCU, de fecha 14 de febrero de 2023, la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad remite el documento técnico denominado: "Plan Anual de Trabajo de la Oficina de Gestión de la Calidad en Salud 2023 del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa", para la revisión y aprobación mediante acto resolutivo;



Que, mediante Informe N° 031-A-2023-OEPP-HEJCU, de fecha 20 de febrero de 2023, la Directora Ejecutiva de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento y Presupuesto remite el Informe Técnico N° 018-2023-EOM-OEPP-HEJCU y el Informe Técnico N° 012-2023-EP-OEPP-HEJCU, emitidos por la Coordinadora del Equipo de Organización y Modernización y la Coordinadora del Equipo de Planeamiento ambos de la citada oficina, quienes emiten opinión técnica favorable respecto al documento técnico: "Plan Anual de Trabajo de la Oficina de Gestión de la Calidad en Salud 2023 del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa";

Que, contando con el visado de la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad, de la Directora Ejecutiva de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento y Presupuesto y de la Jefa de la Oficina de Asesoría Jurídica del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa;

De conformidad con lo dispuesto en el literal d) del artículo 11° del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, aprobado con Resolución Ministerial N° 767-2006/MINSA;

SE RESUELVE:

ARTÍCULO 1.- APROBAR el Documento Técnico: **Plan Anual de Trabajo de la Oficina de Gestión de la Calidad en Salud 2023 del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa**, por las razones expuestas en la parte considerativa de la presente resolución, el mismo que forma parte integrante de la presente resolución.

ARTÍCULO 2.- DISPONER que la ejecución del citado plan aprobado esté sujeto a disponibilidad presupuestal.

ARTÍCULO 3.- DISPONER que la Jefatura de la Oficina de Gestión de la Calidad proceda conforme al ejercicio de su competencia en la difusión, implementación, monitoreo y supervisión de la presente resolución.

ARTÍCULO 4.- DISPONER que la Oficina de Comunicaciones publique la presente resolución en el portal web institucional de la entidad (www.hejcu.gob.pe).

Regístrese, comuníquese y cúmplase.

MINISTERIO DE SALUD
Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa
.....
Dr. RAUL HINOSTROZA CASTILLO
Director General
CMP. 17758 RNE. 7675

RHC/RMK/RJAG/NCV/whfr

Distribución:

- Dirección General.
- Of. Ejec. de Planeamiento y Presupuesto.
- Of. de Gestión de la Calidad
- Of. de Asesoría Jurídica
- Of. de Comunicaciones.
- Archivo.

HOSPITAL DE EMERGENCIAS

"JOSÉ CASIMIRO ULLOA"



DOCUMENTO TÉCNICO:

"PLAN ANUAL DE TRABAJO DE LA OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD 20 23 HOSPITAL DE EMERGENCIAS JOSÉ CASIMIRO ULLOA"

| RUBRO | A CARGO DE | VB° | FECHA |
|-------------|---|---|----------|
| Elaboración | Oficina de Gestión de la Calidad | | |
| Revisión | Oficina de Planeamiento y Modernización |  | 28/02/23 |
| Aprobación | Dirección General. | | |

INDICE

| | | |
|--------|---|----|
| I. | INTRODUCCIÓN | 3 |
| II. | FINALIDAD | 5 |
| III. | OBJETIVOS | 5 |
| IV. | ÁMBITO DE APLICACIÓN. | 6 |
| V. | BASE LEGAL | 6 |
| VI. | CONTENIDO. | 8 |
| 6.1. | Aspectos Técnicos Conceptuales (Definiciones Operativas)..... | 8 |
| 6.2. | Análisis de la situación actual del aspecto sanitario o administrativo..... | 9 |
| 6.2.1 | Análisis FODA..... | 10 |
| 6.3. | Articulación estratégica con los objetivos y acciones del PEI..... | 11 |
| | Articulación estratégica con los objetivos y acciones del POI..... | 11 |
| 6.4. | Actividades por objetivos..... | 12 |
| 6.4.1 | Descripción operativa: Unidad de medida, metas y responsables..... | 12 |
| 6.4.2 | Costeo de las Actividades por tarea | 15 |
| 6.4.3. | Cronograma de actividades..... | 18 |
| 6.4.4. | Responsables para el desarrollo de cada actividad..... | 21 |
| 6.5. | Presupuesto | 24 |
| 6.6. | Financiamiento | 24 |
| 6.7. | Acciones de Monitoreo, Supervisión y Evaluación del Plan | 24 |
| 6.7.1. | Periodo de ejecución: | 24 |
| 6.7.2. | Matriz de Indicadores: | 25 |
| VII. | RESPONSABILIDADES. | 26 |
| VIII. | ANEXOS. | 27 |
| IX | BIBLIOGRAFIA | 32 |



DOCUMENTO TECNICO: "PLAN ANUAL DE TRABAJO DE LA OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD 2023 DEL HOSPITAL DE EMERGENCIAS JOSÉ CASIMIRO ULLOA"

I. INTRODUCCIÓN

El sistema de Gestión de la Calidad en Salud se define como el conjunto de elementos que interrelacionados ayudan para poder conducir, regular, brindar asistencia técnica y evaluar a los establecimientos de salud; en relación con la calidad de atención y gestión.

Es por ello por lo que la gestión de la calidad debe de determinar y aplicar la normativa vigente en relación con la política de calidad establecida por el MINSA.

En la actualidad, la pandemia de COVID-19 ha desafiado enormemente a todos los sistemas de salud. Debido a las características particulares de la enfermedad causada por este coronavirus (desconocimiento de sus efectos, rapidez de contagio, alta letalidad, particularmente, en personas vulnerables) han exigido, tanto a nivel humano como técnico, respuestas para las cuales nuestro de sistema de salud no estaba preparado.

Esta pandemia ha obligado a adoptar decisiones con rapidez, en un entorno de máxima incertidumbre y en todos los niveles asistenciales y administrativos.

Se tuvo que establecer una reorganización de estos en un corto tiempo, y aunque no se pudo establecer nuevos roles en los equipos de calidad y seguridad del paciente; se continuó con la implementación de las líneas de acción y el ofrecimiento de los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y de forma humanizada. Con la finalidad de brindar un compromiso donde reflexionemos sobre qué hemos aprendido durante esta pandemia y que deberíamos realizar ahora para ofrecer calidad y seguridad a pacientes.

Según la International Journal for Quality in Healthcare (IJQHC), los equipos de calidad pueden contribuir a evaluar y desarrollar la gestión de los establecimientos de salud en momentos de pandemia. También reunir evidencia y experiencias, aconsejar y apoyar el liderazgo; así como comunicarse con expertos, pacientes y familiares.

A continuación, se menciona las estrategias que pueden ser aplicadas en nuestro medio:

A) Fortalecer el sistema:

- Implementar y ejecutar instancias de capacitación y simulación para el personal, por ejemplo, en la utilización de los elementos de protección personal (EPP), particularmente en la secuencia de retiro de los elementos (instancia crítica para prevenir el contagio), así como en la utilización adecuada de desinfectantes por parte del personal de limpieza.
- Promover el bienestar emocional del personal.

B) Apoyar al paciente y sus familiares:

- Optimizar las políticas de visita e información, al gestionar que siempre que sea posible los pacientes puedan ser visitados por un familiar con las medidas de seguridad adecuadas.
- Contribuir a la implementación de dispositivos electrónicos para videollamadas entre pacientes y su familia.
- Velar por la entrega oportuna de información a familiares.

C) Mejorar los cuidados clínicos:

- Proveer y hacer disponible la información actualizada y resumida de prácticas clínicas relevantes en el contexto del COVID-19.
- Promover reuniones para resumir nuevas guías o protocolos clínicos y nuevos tips para las mejores prácticas.

D) Reducir el daño:

- Lesiones por utilización de los EPP en el personal de salud y pacientes. Colaborar con los equipos de Infecciones Asociadas a la Atención de Salud (IAAS) en la actualización de protocolos y procedimientos, y apoyar en su difusión.
- Organizar evaluaciones de prácticas clínicas relevantes.
- Coordinar el análisis del riesgo asistencial, identificando sus vulnerabilidades. Así como reforzar la vigilancia de eventos adversos según el contexto actual y sus medidas de prevención.
- Prevenir las úlceras por presión, difundiendo y enfatizando las medidas de prevención para lesiones por utilización de los EPP en el personal de salud y pacientes.



E) Optimizar los sistemas de aprendizaje:

- Enfatizar el carácter no punitivo de la notificación de eventos adversos e identificar prácticas que hayan resultado exitosas en la institución y difundirlas.
- Contribuir a la resolución de problemas y la generación de soluciones, a través del mapeo de procesos, diseño y rediseño de la atención.
- Promover una cultura de seguridad, resiliencia y aprendizaje.

II. FINALIDAD

Contribuir a fortalecer los procesos de atención en los servicios de salud para brindar calidad de atención en función a las oportunidades de mejora y generando satisfacción en los usuarios del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa.

III. OBJETIVOS

3.1. Objetivo General

Fortalecer los procesos de atención en salud para garantizar la mejora continua de la calidad en los procesos de las atenciones asistenciales y administrativas en el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa.

3.2. Objetivos Específicos

- Implementar el Plan de Seguridad del Paciente.
- Implementar el Plan de Auditoría de la Calidad en Salud.
- Promover la Mejora Continua.
- Determinar la percepción del usuario sobre los servicios y Calidad de Atención del Hospital.
- Planificar y desarrollar el proceso de Autoevaluación para la acreditación hospitalaria.
- Fortalecer competencias en Buenas Prácticas de atención y gestión del riesgo.
- Fortalecer el Sistema de Registro, Notificación y Análisis de los Eventos Adversos.
- Promocionar la cultura de mejora continua de la calidad.
- Fortalecer el componente de información para la calidad a través de la aplicación de encuestas de satisfacción.



IV. ÁMBITO DE APLICACIÓN.

El Plan anual de Trabajo de la Oficina de Gestión de la Calidad 2023 es de conocimiento, aplicación y cumplimiento obligatorio en todos los servicios asistenciales y administrativos del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa.

V. BASE LEGAL

- Ley N° 26842 "Ley General de Salud".
- Ley N°29414 Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los Servicios de Salud.
- RM N° 1263-2004/MINSA, Directiva N°047-2004-DGSP/MINSA-V01 "Lineamientos para la Organización y Funcionamiento de la Estructura de Calidad en los Hospitales del Ministerio de Salud"
- RM N° 041-2005/MINSA, Directiva N°049-MINSA/DGSP-V.01: "Directiva para el Funcionamiento del Equipo de Gestión de Calidad en las Direcciones de Salud"
- RM N° 519-2006/MINSA, Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud"
- RM N° 456-2007/MINSA, NTS N° 050-MINSA/DGSP-V.02 "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo"
- RM N° 596-2007/MINSA, "Plan Nacional de Gestión de la Calidad en Salud"
- RM N° 601-2007/MINSA, "Plan de implementación de la Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de atención en Salud". NT N° 029-MINSA/DGSP-V.01
- RM N° 270-2009/MINSA, "Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo"
- RM N° 370-2009/MINSA, "Directiva Administrativa que regula la organización y funcionamiento de las Comisiones Sectoriales de Acreditación de Servicios de Salud"
- RM N° 727-2009/MINSA, Documento Técnico "Política Nacional de Calidad en Salud"
- RM N° 308-2010/MINSA, Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía
- RM N° 1021-2010/MINSA, Guía Técnica de Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía"
- RM N° 468-2011/MINSA, Documento Técnico: Metodología para el Estudio del Clima Organizacional -V.02



- RM N° 527-2011/MINSA, "Guía Técnica para la Evaluación de la Satisfacción del Usuario Externo en los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo"
- RM N° 095-2012/MINSA, Guía Técnica "Guía para la Elaboración de Proyectos de Mejora y la Aplicación de Técnicas y Herramientas para la Gestión de la Calidad"
- RM N° 491-2012/MINSA, Incorporar el Anexo 4. "Listado de estándares de Acreditación para Establecimientos de Salud con categoría III-2", a la NTS N°050-MINSA/DGSP V.02 "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo", aprobada con RM N°456-2007/MINSA
- RM N° 168-2015/MINSA, Documento Técnico: "Lineamientos para la Vigilancia, Prevención y Control de las Infecciones asociadas a la atención de Salud"
- RM N° 302-2015/MINSA, NTS N°117-MINSA/DGSP-V.01 Norma Técnica de Salud para la Elaboración y uso de Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud
- RM N° 414-2015/MINSA, Documento Técnico: Metodología para la elaboración de Guías de Práctica Clínica
- RM N° 626-2015/MINSA, Documento Técnico: Manual de Buenas Prácticas para la Mejora del Clima Organizacional
- RM N° 255-2016/MINSA, Guía Técnica para la implementación del Proceso de Higiene de Manos en los Establecimientos de Salud
- RM N° 502-2016/MINSA, NTS 029-MINSA/DIGEPRES. V.2 Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud
- RM N° 896-2017/MINSA, Crea la Unidad Funcional de Gestión de la Calidad en Salud
- RM N° 945-2017/MINSA, modifica el artículo 1 de la RM N°896-2017/MINSA, estableciendo que la Unidad Funcional de Gestión de la Calidad en Salud depende del Viceministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud
- RM N° 163-2020-MINSA, Directiva Sanitaria N°92-MINSA/2020/DGAIN "Directiva Sanitaria de Rondas de Seguridad del Paciente para la gestión del riesgo en la atención de salud"
- RM N° 826-2021/MINSA, que aprueba las normas para la elaboración de documentos normativos del Ministerio de Salud
- RD N° 082-2022-DG-HEJCU; Directiva administrativa, para la formulación, seguimiento y evaluación de los planes específicos del Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa"



VI. CONTENIDO:

6.1. Aspectos Técnicos Conceptuales (Definiciones Operativas):

- **Calidad:** Es la atención médica que consiste en la aplicación de la ciencia y la tecnología médica en una forma que maximice sus beneficios para la salud, sin aumentar en forma proporcional sus riesgos. El grado de calidad es, por consiguiente, la medida en la que se genera la atención suministrada logre el equilibrio más favorable de riesgos y beneficios para el usuario.
- **Sistema de Gestión de la Calidad:** Conjunto de elementos interrelacionados que contribuyen a conducir a conducir, regular, brindar asistencia técnica y evaluar las actividades de salud del Sector y sus dependencias públicas de los tres niveles en lo relativo a la calidad de la atención y de la gestión. Este Sistema incluye los componentes Planificación, Garantía y Mejora e Información para la calidad dentro de las IPRESS, en la perspectiva de diseñar, gestionar mejorar los procesos institucionales hacia una cultura de calidad
- **Criterios de Programación:** Son las condiciones que deben cumplir las determinadas actividades, actuaciones o procesos para ser consideradas de calidad. ¿Es decir que perseguimos?, ¿cuál es el objetivo?, que pretendemos?, teniendo en cuenta aquellas características que mejor representan (siempre que pueden medirse) lo que deseamos lograr. Debe ser elaborado en forma participativa, fácilmente cuantificable
- **Indicador:** Es la medida cuantitativa que puede usarse como guía para controlar y valorar la calidad de las diferentes actividades, es decir, es la forma particular (normalmente numérica) en la que se mide o evalúa cada uno de los criterios
- **Planificación:** Los esfuerzos que se realizan a fin de cumplir objetivos y hacer realidad diversos propósitos se enmarcan en una planificación
- **Lista de verificación de seguridad en la cirugía:** Es un recordatorio prospectivo que contribuyen a mejorar el cumplimiento de las prácticas; su valor radica en la aplicación oportuna, tiene impacto sobre la reducción de los eventos adversos probables que puedan ser causados en un acto quirúrgico
- **Notificación de incidentes, eventos adversos y eventos centinelas:** Estrategia que permite la recolección de datos sobre eventos adversos producidos en el ámbito sanitario, a partir de los cuales se puede mejorar la seguridad de los pacientes.
- **Auditoria:** Es un proceso de evaluación sistemática de la calidad y la gestión de recursos en la atención en salud, con el fin de identificar deficiencias y producir



mejoras para el beneficio de la población. La auditoría basada en evidencias utiliza como herramientas la bioestadística y la epidemiología

- **Higiene de manos:** Es el conjunto de métodos y técnicas que remueven, destruyen y reducen el número y la proliferación de los microorganismos en las manos
- **Mejora continua:** Es un enfoque para la mejora de procesos operativos que se basa en la necesidad de revisar continuamente las operaciones de los problemas, la reducción de costos oportunidad, la racionalización, y otros factores que en conjunto permiten la optimización.
- **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.
- **Rondas de seguridad:** Es una herramienta de Calidad que permite evaluar las buenas prácticas de la atención en salud, recomendada para fortalecer la cultura de seguridad en el paciente, consiste en una visita programada a un servicio seleccionado al azar en una determinada IPRESS, para identificar prácticas inseguras durante la atención la atención y establecer contacto directo con el paciente, la familia y el personal de salud, siempre con actitud educativa y no punitiva
- **Satisfacción del usuario externo:** Grado de cumplimiento por parte de la organización de salud, respecto a las expectativas y percepciones del usuario en relación con los servicios que esta le ofrece.

6.2. Análisis de la situación actual del aspecto sanitario o administrativo.

La Oficina de Gestión de la Calidad es la unidad orgánica encargada del asesoramiento e implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en el hospital con la finalidad de mejorar la calidad de atención, con la participación del personal directivo, asistencial, técnica y administrativa. Depende del Órgano de Dirección.



6.2.1. Realizar análisis FODA

| FORTALEZAS | DEBILIDADES |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> Recursos humanos con experiencia Existe una Cultura de oportunidad en las dimensiones de valores compartidos y trabajo por la satisfacción del usuario. Personal con deseos de capacitación. Contamos con una oficina en el sétimo piso y un módulo de orientación en el primer piso, Disponemos de cinco Computadoras: 03 Pentium IV, y una Pentium III Estas sirven para soportar el Software de SERQUAL, Clima Organizacional y Acreditación. Una impresora láser para tinta negra. Muebles para CPU e impresora en buen estado. Reuniones de trabajo e informativas mensuales. Apoyo de la mayoría de los servicios y departamentos | <ul style="list-style-type: none"> Insuficientes e inadecuados equipos de cómputo (laptop) Mobiliario (sillas, mesas, estantes y repisas) inadecuados e insuficientes. Inadecuada infraestructura 7mo piso, no ofrece condiciones acordes de trabajo. Falta de programas de capacitación en gestión de la calidad. Insuficiente personal de apoyo con conocimiento de Gestión de la Calidad. |
| OPORTUNIDADES | AMENAZAS |
| <ul style="list-style-type: none"> Recursos humanos con experiencia Existe una Cultura de oportunidad en las dimensiones de valores compartidos y trabajo por la satisfacción del usuario. Personal con deseos de capacitación. Contamos con una oficina en el sétimo piso y un módulo de orientación en el primer piso, Disponemos de cinco Computadoras: 03 Pentium IV, y una Pentium III Estas sirven para soportar el Software de SERQUAL, Clima Organizacional y Acreditación. Una impresora láser para tinta negra. Muebles para CPU e impresora en buen estado. Reuniones de trabajo e informativas mensuales. Apoyo de la mayoría de los servicios y departamentos. | <ul style="list-style-type: none"> Insuficientes e inadecuados equipos de cómputo (laptop) Mobiliario (sillas, mesas, estantes y repisas) inadecuados e insuficientes. Inadecuada infraestructura 7mo piso, no ofrece condiciones acordes de trabajo. Falta de programas de capacitación en gestión de la calidad. Insuficiente personal de apoyo con conocimiento de Gestión de la Calidad. |



6.3. ARTICULACIÓN ESTRATÉGICA CON LOS OBJETIVOS Y ACCIONES DEL PEI.

ARTICULACIÓN ESTRATÉGICA CON LOS OBJETIVOS Y ACCIONES DEL POI.

| OBJETIVO PEI | OBJETIVOS GENERALES | OBJETIVOS ESPECIFICOS |
|--|---|---|
| <p>OEI.04 Fortalecer la rectoría y la gobernanza sobre el sistema de salud; y la gestión institucional; para el desempeño eficiente; ético e íntegro; en el marco de la modernización de la gestión pública</p> | <p>Mejorar continuamente la calidad de los servicios, recursos y tecnología del sector salud mediante el desarrollo de una cultura calidad, sensible a las necesidades y expectativas de los usuarios externos e internos</p> | <p>Promover la realización de la lista de verificación de seguridad de cirugía</p> |
| | | <p>Realización el plan autoevaluación</p> |
| | | <p>Monitorizar el cumplimiento del proceso de higiene de manos</p> |
| | | <p>Fortalecer el sistema de registro, notificación y análisis del incidente y eventos adversos</p> |
| | | <p>Promover la implementación de proyectos y acciones de mejoras</p> |
| | | <p>Implementar el proceso de las rondas de seguridad del paciente</p> |
| | | <p>Implementar la auditoria de la calidad de atención</p> |
| | | <p>Medición de la satisfacción del usuario externo en consulta externa hospitalización y emergencia</p> |



6.4. **ACTIVIDADES POR OBJETIVOS**

6.4.1. Descripción operativa: Unidad de medida, metas y responsables.

| Objetivos Específicos | Actividad Operativa | Unidad de Medida | Meta | Responsable |
|---|---|--------------------|------|----------------------------------|
| IMPLEMENTAR EL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD | Elaboración del Plan de Gestión de la Calidad. | Plan elaborado | 1 | Oficina de Gestión de la Calidad |
| | Monitorización del avance del Plan de Gestión de Calidad | Informe | 3 | Oficina de Gestión de la Calidad |
| | Evaluación de indicadores de calidad | Informe | 3 | Oficina de Gestión de la Calidad |
| IMPLEMENTAR EL PLAN DE AUDITORIA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN | Elaboración del plan anual de auditoría de la calidad de atención. | Plan elaborado | 1 | Oficina de Gestión de la Calidad |
| | Capacitación dirigida al personal asistencial sobre auditoría de la calidad de la atención. | Persona Capacitada | 50 | Oficina de Gestión de la Calidad |
| | Realización de Auditoría de la calidad del registro de la historia clínica en las UPSS de Emergencia y Hospitalización. | Informe | 2 | Oficina de Gestión de la Calidad |
| | Consolidado semestral de las auditorías de la calidad de registro de la historia clínica en Emergencia y Hospitalización ejecutadas. | Informe | 2 | Oficina de Gestión de la Calidad |
| | Seguimiento del cumplimiento de las recomendaciones de la evaluación de las auditorías de la calidad de registro. | Informe | 1 | Oficina de Gestión de la Calidad |
| | Reporte semestral del consolidado de las auditorías de la calidad de registro de la historia clínica en emergencia y hospitalización ejecutadas y su respectivo cumplimiento de las acciones de mejora. | Informe | 2 | Oficina de Gestión de la Calidad |
| | Informe de la realización de las auditorías de caso a solicitud | Informe | 2 | Oficina de Gestión de la Calidad |
| | Informe de la realización de la auditoría de la calidad de atención programada. | Informe | 2 | Oficina de Gestión de la Calidad |
| | Consolidado semestral de las auditorías de la calidad de atención (caso y programadas: paciente de larga estancia y reoperado) | Informe | 2 | Oficina de Gestión de la Calidad |
| | Seguimiento del cumplimiento de las recomendaciones basadas en las auditorías de calidad de la atención programada. | Informe | 1 | Oficina de Gestión de la Calidad |
| | Capacitación a los comités de auditoría de la calidad de la atención. | Persona Capacitada | 10 | Oficina de Gestión de la Calidad |



DOCUMENTO TÉCNICO: "PLAN ANUAL DE TRABAJO DE LA OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD 2023 DEL HOSPITAL DE EMERGENCIAS JOSÉ CASIMIRO ULLOA"

| | | | | |
|---|---|--|----------------|----------------------------------|
| IMPLEMENTAR EL PLAN DE AUDITORIA DE LA CALIDAD DE ATENCION | Consolidar el listado de Guías de Práctica Clínica y de Procedimientos Asistenciales vigentes (de los últimos 3 años) | Informe | 1 | Oficina de Gestión de la Calidad |
| | Curso - Taller: Metodología para la elaboración de Guías de Práctica Clínica y Guías de Procedimientos Asistenciales basadas en evidencia. | Persona Capacitada | 30 | Oficina de Gestión de la Calidad |
| | Consolidado semestral de la medición de la adherencia a las Guías de Práctica Clínica y Guías de Procedimientos Asistenciales. | Informe | 2 | Oficina de Gestión de la Calidad |
| | Fortalecimiento de las competencias en auditoria de la calidad de atención en salud: Difusión de las Normas Técnicas. | Persona Capacitada | 50 | Oficina de Gestión de la Calidad |
| IMPLEMENTAR EL PLAN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE | Elaboración del plan anual de seguridad del Paciente. | Plan elaborado | 1 | Oficina de Gestión de la Calidad |
| | Capacitación dirigida a los integrantes del Comité de Seguridad del Paciente y a las Jefaturas asistenciales en Gestión del Riesgo, Notificación de los Eventos Adversos y Análisis de Eventos Centinela. | Persona Capacitada | 50 | Oficina de Gestión de la Calidad |
| | Consolidación de registro, notificación y análisis de eventos adversos. | Informe | 2 | Oficina de Gestión de la Calidad |
| | Realizar el análisis del evento adverso según protocolo de Londres. | Informe | 4 | Oficina de Gestión de la Calidad |
| | Capacitación de la Aplicación de la Lista de Verificación de Seguridad en la Cirugía en los Centros Quirúrgicos. | Persona Capacitada | 30 | Oficina de Gestión de la Calidad |
| | Aplicación de la encuesta para evaluar la implementación de la Lista de Verificación de Seguridad en la Cirugía (LVSC). | Encuesta | 4 | Oficina de Gestión de la Calidad |
| | Informe de la encuesta aplicada de la implementación Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía (LVSC) | Informe | 4 | Oficina de Gestión de la Calidad |
| | Programación de Rondas de Seguridad | Cronograma | 1 | Oficina de Gestión de la Calidad |
| | Informe de los resultados de las Rondas de Seguridad del Paciente ejecutadas mensualmente. | Informe | 12 | Oficina de Gestión de la Calidad |
| | Consolidado trimestral de las Rondas de Seguridad del Paciente ejecutadas | Informe | 4 | Oficina de Gestión de la Calidad |
| | Seguimiento del cumplimiento de las acciones de mejora post Rondas de Seguridad del Paciente ejecutadas | Informe | 2 | Oficina de Gestión de la Calidad |
| | Monitoreo de la implementación y adherencia del proceso de higiene de lavado de manos. | Informe | 4 | Oficina de Gestión de la Calidad |
| | IMPLEMENTAR EL PLAN DE AUTOEVALUACION | Elaboración del plan de autoevaluación | Plan elaborado | 1 |
| Capacitación dirigida al equipo de evaluadores internos y al equipo de acreditación en norma técnica de acreditación. | | Acta | 1 | Oficina de Gestión de la Calidad |
| Planificar el proceso de autoevaluación para la acreditación hospitalaria | | Informe | 1 | Oficina de Gestión de la Calidad |
| Comunicación oficial del inicio de autoevaluación | | Informe | 1 | Oficina de Gestión de la Calidad |
| Presentación del informe técnico de autoevaluación para la acreditación. | | Informe | 1 | Oficina de Gestión de la Calidad |
| Seguimiento del cumplimiento de recomendaciones en base a los resultados del proceso de autoevaluación. | | Informe | 1 | Oficina de Gestión de la Calidad |



DOCUMENTO TÉCNICO: "PLAN ANUAL DE TRABAJO DE LA OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD 2023 DEL HOSPITAL DE EMERGENCIAS JOSÉ CASIMIRO ULLOA"

| | | | | |
|---|---|--------------------|----|----------------------------------|
| PROMOVER LA MEJORA CONTINUA | Capacitación en proyectos de mejora continua de la calidad dirigido al personal de salud. | Persona Capacitada | 30 | Oficina de Gestión de la Calidad |
| | Actualización y conformación del Equipo de Mejora Continua. | Informe | 1 | Oficina de Gestión de la Calidad |
| | Planificación de Proyecto de Mejora | Informe | 1 | Oficina de Gestión de la Calidad |
| | Elaboración de un proyecto de Mejora | Informe | 1 | Oficina de Gestión de la Calidad |
| PLATAFORMA DE ATENCION AL USUARIO (PAUS) | Elaboración de reportes de las atenciones del PAUS | Informe | 12 | Responsables de la PAUS |
| | Elaboración de reportes de los reclamos consignados en el libro de reclamaciones en salud. | Informe | 4 | Responsables de la PAUS |
| | Capacitación a los trabajadores en referencia a los derechos del paciente y el proceso de atención de los reclamos. | Persona Capacitada | 50 | Oficina de Gestión de la Calidad |
| | Difusión de los derechos y deberes de los pacientes que acuden al hospital (Folletos y Comunicación verbal). | Informe | 2 | Oficina de Gestión de la Calidad |
| | Implementación del libro de reclamaciones virtual. | Informe | 1 | Oficina de Gestión de la Calidad |
| EVALUAR LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO | Elaboración del Plan de Evaluación de la Satisfacción del Usuario Externo. | Plan elaborado | 1 | Oficina de Gestión de la Calidad |
| | Medición de satisfacción del usuario externo (Consulta externa, emergencia y hospitalización). | Informe | 4 | Oficina de Gestión de la Calidad |
| | Seguimiento del cumplimiento de recomendaciones post medición de la satisfacción del usuario externo en consulta externa, hospitalización y emergencia. | Informe | 2 | Oficina de Gestión de la Calidad |



6.4.2. Costeo de las Actividades por tarea

| Objetivos Específicos | Actividad Operativa | Presupuesto |
|--|---|--------------|
| IMPLEMENTAR EL SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD | Elaboración del Plan de Gestión de la Calidad. | S/ 3,000.00 |
| | Monitorización del avance del Plan de Gestión de Calidad | S/ 6,000.00 |
| | Evaluación de indicadores de calidad | S/ 6,000.00 |
| IMPLEMENTAR EL PLAN DE AUDITORIA DE LA CALIDAD DE ATENCION | Elaboración del plan anual de auditoría de la calidad de atención. | S/ 1,000.00 |
| | Capacitación dirigida al personal asistencial sobre auditoría de la calidad de la atención. | S/ 1,000.00 |
| | Realización de Auditoría de la calidad del registro de la historia clínica en las UPSS de Emergencia y Hospitalización. | S/ 6,000.00 |
| | Consolidado semestral de las auditorías de la calidad de registro de la historia clínica en Emergencia y Hospitalización ejecutadas. | S/ 6,000.00 |
| | Seguimiento del cumplimiento de las recomendaciones de la evaluación de las auditorías de la calidad de registro. | S/ 5,000.00 |
| | Reporte semestral del consolidado de las auditorías de la calidad de registro de la historia clínica en emergencia y hospitalización ejecutadas y su respectivo cumplimiento de las acciones de mejora. | S/ 10,000.00 |
| | Informe de la realización de las auditorías de caso a solicitud | S/ 8,000.00 |
| | Informe de la realización de la auditoría de la calidad de atención programada. | S/ 6,000.00 |
| | Consolidado semestral de las auditorías de la calidad de atención (caso y programadas: paciente de larga estancia y reoperado) | S/ 3,000.00 |
| | Seguimiento del cumplimiento de las recomendaciones basadas en las auditorías de calidad de la atención programada. | S/ 4,000.00 |
| | Capacitación a los comités de auditoría de la calidad de la atención. | S/ 2,000.00 |



DOCUMENTO TÉCNICO: "PLAN ANUAL DE TRABAJO DE LA OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD 2023 DEL HOSPITAL DE EMERGENCIAS JOSÉ CASIMIRO ULLOA"

| | | | |
|---|---|----|-----------|
| IMPLEMENTAR EL PLAN DE AUDITORIA DE LA CALIDAD DE ATENCION | Consolidar el listado de Guías de Práctica Clínica y de Procedimientos Asistenciales vigentes (de los últimos 3 años) | S/ | 4,000.00 |
| | Curso - Taller: Metodología para la elaboración de Guías de Práctica Clínica y Guías de Procedimientos Asistenciales basadas en evidencia. | S/ | 5,000.00 |
| | Consolidado semestral de la medición de la adherencia a las Guías de Práctica Clínica y Guías de Procedimientos Asistenciales. | S/ | 8,000.00 |
| | Fortalecimiento de las competencias en auditoría de la calidad de atención en salud: Difusión de las Normas Técnicas. | S/ | 1,000.00 |
| IMPLEMENTAR EL PLAN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE | Elaboración del plan anual de seguridad del Paciente. | S/ | 3,000.00 |
| | Capacitación dirigida a los integrantes del Comité de Seguridad del Paciente y a las Jefaturas asistenciales en Gestión del Riesgo, Notificación de los Eventos Adversos y Análisis de Eventos Centinela. | S/ | 1,000.00 |
| | Consolidación de registro, notificación y análisis de eventos adversos. | S/ | 5,000.00 |
| | Realizar el análisis del evento adverso según protocolo de Londres. | S/ | 4,000.00 |
| | Capacitación de la Aplicación de la Lista de Verificación de Seguridad en la Cirugía en los Centros Quirúrgicos. | S/ | 2,000.00 |
| | Aplicación de la encuesta para evaluar la implementación de la Lista de Verificación de Seguridad en la Cirugía (LVSC). | S/ | 8,000.00 |
| | Informe de la encuesta aplicada de la implementación Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía (LVSC) | S/ | 6,000.00 |
| | Programación de Rondas de Seguridad | S/ | 1,000.00 |
| | Informe de los resultados de las Rondas de Seguridad del Paciente ejecutadas mensualmente. | S/ | 10,000.00 |
| | Consolidado trimestral de las Rondas de Seguridad del Paciente ejecutadas | S/ | 10,000.00 |
| | Seguimiento del cumplimiento de las acciones de mejora post Rondas de Seguridad del Paciente ejecutadas | S/ | 8,000.00 |
| IMPLEMENTAR EL PLAN DE AUTOEVALUACION | Monitoreo de la implementación y adherencia del proceso de higiene de lavado de manos. | S/ | 6,000.00 |
| | Elaboración del plan de autoevaluación | S/ | 3,000.00 |
| | Capacitación dirigida al equipo de evaluadores internos y al equipo de acreditación en norma técnica de acreditación. | S/ | 6,000.00 |
| | Planificar el proceso de autoevaluación para la acreditación hospitalaria | S/ | 3,000.00 |
| | Comunicación oficial del inicio de autoevaluación | S/ | 7,000.00 |
| | Presentación del informe técnico de autoevaluación para la acreditación. | S/ | 7,000.00 |
| | Seguimiento del cumplimiento de recomendaciones en base a los resultados del proceso de autoevaluación. | S/ | 6,000.00 |



DOCUMENTO TÉCNICO: "PLAN ANUAL DE TRABAJO DE LA OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD 2023 DEL HOSPITAL DE EMERGENCIAS JOSÉ CASIMIRO ULLOA"

| | | | |
|---|---|-----------|-------------------|
| PROMOVER LA MEJORA CONTINUA | Capacitación en proyectos de mejora continua de la calidad dirigido al personal de salud. | S/ | 8,000.00 |
| | Actualización y conformación del Equipo de Mejora Continua. | S/ | 6,000.00 |
| | Planificación de Proyecto de Mejora | S/ | 3,000.00 |
| | Elaboración de un proyecto de Mejora | S/ | 8,000.00 |
| PLATAFORMA DE ATENCION AL USUARIO (PAUS) | Elaboración de reportes de las atenciones del PAUS | S/ | 4,000.00 |
| | Elaboración de reportes de los reclamos consignados en el libro de reclamaciones en salud. | S/ | 12,000.00 |
| | Capacitación a los trabajadores en referencia a los derechos del paciente y el proceso de atención de los reclamos. | S/ | 12,000.00 |
| | Difusión de los derechos y deberes de los pacientes que acuden al hospital (Folletos y Comunicación verbal). | S/ | 8,000.00 |
| | Implementación del libro de reclamaciones virtual. | S/ | 3,000.00 |
| EVALUAR LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO | Elaboración del Plan de Evaluación de la Satisfacción del Usuario Externo. | S/ | 2,500.00 |
| | Medición de satisfacción del usuario externo (Consulta externa, emergencia y hospitalización). | S/ | 12,000.00 |
| | Seguimiento del cumplimiento de recomendaciones post medición de la satisfacción del usuario externo en consulta externa, hospitalización y emergencia. | S/ | 8,000.00 |
| | | S/ | 267,500.00 |



6.4.3. Cronograma de actividades

FORMATO 1: "CRONOGRAMA DEL PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD 2023"

| ACTIVIDAD | Meta | Cronograma | | | | | | | | | | | |
|---|------|------------|---------|-------|-------|------|-------|-------|--------|-----------|---------|-----------|-----------|
| | | Enero | Febrero | Marzo | Abril | Mayo | Junio | Julio | Agosto | Setiembre | Octubre | Noviembre | Diciembre |
| IMPLEMENTAR EL SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD | | | | | | | | | | | | | |
| Elaboración del Plan de Gestión de la Calidad. | 1 | | | | X | | | | | | | | |
| Monitorización del avance del Plan de Gestión de Calidad | 3 | | | | X | | | | X | | | | X |
| Evaluación de indicadores de calidad | 3 | | | | X | | | | X | | | | X |
| ACTIVIDAD | | Cronograma | | | | | | | | | | | |
| IMPLEMENTAR EL PLAN DE AUDITORIA DE LA CALIDAD DE ATENCION | | | | | | | | | | | | | |
| Elaboración del plan anual de auditoria de la calidad de atención. | 1 | | | | X | | | | | | | | |
| Capacitación dirigida al personal asistencial sobre auditoría de la calidad de la atención. | 50 | | | | X | | | | | | | | |
| Realización de Auditoria de la calidad del registro de la historia clínica en las UPSS de Emergencia y Hospitalización. | 2 | | | | X | | | | X | | | | |
| Consolidado semestral de las auditorias de la calidad de registrar de la historia clinica en Emergencia y Hospitalización ejecutadas. | 2 | | | | | | | X | | | | | X |
| Seguimiento del cumplimiento de las recomendaciones de la evaluación de las auditorias de la calidad de registro. | 1 | | | | | | | | | | | | X |
| Reporte semestral del consolidado de las auditorias de la calidad de registro de la historia clinico en emergencia y hospitalización ejecutadas y su respectivo cumplimiento de las acciones de mejora. | 2 | | | | | | | X | | | | | X |
| Informe de la realización de las auditorias de caso a solicitud | 2 | | | | | | | X | | | | | X |
| Informe de la realización de la auditoria de la calidad de atención programada. | 2 | | | | | | | X | | | | | X |
| Consolidado semestral de las auditorias de la calidad de atención (caso y programadas: paciente de larga estancia y reoperado) | 2 | | | | | | | X | | | | | X |
| Seguimiento del cumplimiento de las recomendaciones basadas en las auditorias de calidad de la atención programada. | 1 | | | | | | | | | X | | | |
| Capacitación a los comités de auditoria de la calidad de la atención. | 10 | | | X | | | | | | | | | |
| Consolidación el listado de Guías de Práctica Clínica y de Procedimientos Asistenciales vigentes (de los últimos 3 años) | 1 | | | | X | | | | | | | | |
| Curso - Taller: Metodología para la elaboración de Guías de Práctica Clínica y Guías de Procedimientos Asistenciales basadas en evidencia. | 30 | | | | | | | | X | | | | |
| Consolidado semestral de la medición de la adherencia a las Guías de Práctica Clínica y Guías de Procedimientos Asistenciales. | 2 | | | | | | | X | | | | | X |



DOCUMENTO TÉCNICO: "PLAN ANUAL DE TRABAJO DE LA OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD 2023 DEL HOSPITAL DE EMERGENCIAS JOSÉ CASIMIRO ULLOA"

| ACTIVIDAD | Meta | Cronograma | | | | | | | | | | | | |
|---|------|---|---------|-------|-------|------|-------|-------|--------|-----------|---------|-----------|-----------|---|
| | | Enero | Febrero | Marzo | Abril | Mayo | Junio | Julio | Agosto | Setiembre | Octubre | Noviembre | Diciembre | |
| | | Fortalecimiento de las competencias en auditoria de la calidad de atención en salud: Difusión de las Normas Técnicas. | | | | | | | | | | | | |
| 50 | | | | | X | | | | | | | | | |
| IMPLEMENTAR EL PLAN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE | | | | | | | | | | | | | | |
| Elaboración del plan anual de seguridad del Paciente. | 1 | | | X | | | | | | | | | | |
| Capacitación dirigida a los integrantes del Comité de Seguridad del Paciente y a las Jefaturas asistenciales en Gestión del Riesgo, Notificación de los Eventos Adversos y Análisis de Eventos Centinela. | 50 | | | X | | | | | | | | | | |
| Consolidación de registro, notificación y análisis de eventos adversos. | 2 | | | | | | | X | | | | | | X |
| Realizar el análisis del evento adverso según protocolo de Londres. | 4 | | | X | | | | X | | X | | | | X |
| Capacitación de la Aplicación de la Lista de Verificación de Seguridad en la Cirugía en los Centros Quirúrgicos. | 30 | | | | X | | | | | | | | | |
| Aplicación de la encuesta para evaluar la implementación de la Lista de Verificación de Seguridad en la Cirugía (LVSC). | 4 | | | X | | X | | | X | | | | X | |
| Informe de la encuesta aplicada de la implementación Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía (LVSC) | 4 | | | X | | X | | | X | | | | X | |
| Programación de Rondas de Seguridad | 1 | | | X | | | | | | | | | | |
| Informe de los resultados de las Rondas de Seguridad del Paciente ejecutadas mensualmente. | 12 | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| Consolidado trimestral de las Rondas de Seguridad del Paciente ejecutadas | 4 | | X | | | X | | | X | | | | X | |
| Seguimiento del cumplimiento de las acciones de mejora post Rondas de Seguridad del Paciente ejecutadas | 2 | | | | | | | X | | | | | | X |
| Monitoreo de la implementación y adherencia del proceso de higiene de lavado de manos. | 4 | | | X | | X | | | X | | | | X | |
| IMPLEMENTAR EL PLAN DE AUTOEVALUACION | | | | | | | | | | | | | | |
| Elaboración del plan de autoevaluación | 1 | | | X | | | | | | | | | | |
| Capacitación dirigida al equipo de evaluadores internos y al equipo de acreditación en norma técnica de acreditación. | 1 | | | | | | | | X | | | | | |
| Planificar el proceso de autoevaluación para la acreditación hospitalaria | | | | | X | | | | | | | | | |



DOCUMENTO TÉCNICO: "PLAN ANUAL DE TRABAJO DE LA OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD 2023 DEL HOSPITAL DE EMERGENCIAS JOSÉ CASIMIRO ULLOA"

| | | | | | | | | | | | | | | |
|---|-------------|-------------------|----------------|--------------|--------------|-------------|--------------|--------------|---------------|------------------|----------------|------------------|------------------|--|
| Comunicación oficial del inicio de autoevaluación | 1 | | | | | | | | | X | X | | | |
| Presentación del informe técnico de autoevaluación para la acreditación. | 1 | | | | | | | | | | | X | | |
| Seguimiento del cumplimiento de recomendaciones en base a los resultados del proceso de autoevaluación. | 1 | | | | | | | | | | | | X | |
| ACTIVIDAD | | Cronograma | | | | | | | | | | | | |
| PROMOVER LA MEJORA CONTINUA | Meta | Enero | Febrero | Marzo | Abril | Mayo | Junio | Julio | Agosto | Setiembre | Octubre | Noviembre | Diciembre | |
| Capacitación en proyectos de mejora continua de la calidad dirigido al personal de salud. | 30 | | | | | X | | | | | | | | |
| Actualización y conformación del Equipo de Mejora Continua. | 1 | | | X | | | | | | | | | | |
| Planificación de Proyecto de Mejora | 1 | | | | | X | | | | | | | | |
| Elaboración de un proyecto de Mejora | 1 | | | | | | X | X | | | | | | |
| ACTIVIDAD | | Cronograma | | | | | | | | | | | | |
| PROMOVER LA PLATAFORMA DE ATENCION AL USUARIO EN SALUD. | Meta | Enero | Febrero | Marzo | Abril | Mayo | Junio | Julio | Agosto | Setiembre | Octubre | Noviembre | Diciembre | |
| Elaboración de reportes de las atenciones del PAUS | 12 | x | x | X | x | x | x | x | x | x | x | x | x | |
| Elaboración de reportes de los reclamos consignados en el libro de reclamaciones en salud. | 4 | | | x | | | x | | | x | | | x | |
| Capacitación a los trabajadores en referencia a los derechos del paciente y el proceso de atención de los reclamos. | 50 | | | | x | | | | X | | | | | |
| Difusión de los derechos y deberes de los pacientes que acuden al hospital (Folletos y Comunicación verbal). | 2 | | | | | X | | | | | X | | | |
| Implementación del libro de reclamaciones virtual. | 1 | | | | X | | | | | | | | | |
| ACTIVIDAD | | Cronograma | | | | | | | | | | | | |
| EVALUAR LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO | Meta | Enero | Febrero | Marzo | Abril | Mayo | Junio | Julio | Agosto | Setiembre | Octubre | Noviembre | Diciembre | |
| Elaboración del Plan de Evaluación de la Satisfacción del Usuario Externo. | 1 | | | X | | | | | | | | | | |
| Medición de satisfacción del usuario externo (Consulta externa, emergencia y hospitalización). | 4 | | X | | | X | | | X | | | X | | |
| Seguimiento del cumplimiento de recomendaciones post medición de la satisfacción del usuario externo en consulta externa, hospitalización y emergencia. | 2 | | | | | | x | | | | | | x | |



6.4.4. Responsables para el desarrollo de cada actividad

| Objetivos Especificos | Actividad Operativa | Unidad de Medida | Responsable |
|--|--|--------------------|----------------------------------|
| IMPLEMENTAR EL SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD | Elaboración del Plan de Gestión de la Calidad. | Plan elaborado | Oficina de Gestión de la Calidad |
| | Monitorización del avance del Plan de Gestión de Calidad | Informe | Oficina de Gestión de la Calidad |
| | Evaluación de indicadores de calidad | Informe | Oficina de Gestión de la Calidad |
| IMPLEMENTAR EL PLAN DE AUDITORIA DE LA CALIDAD DE ATENCION | Elaboración del plan anual de auditoria de la calidad de atención. | Plan elaborado | Oficina de Gestión de la Calidad |
| | Capacitación dirigida al personal asistencial sobre auditoria de la calidad de la atención. | Persona Capacitada | Oficina de Gestión de la Calidad |
| | Realización de Auditoria de la calidad del registro de la historia clínica en las UPSS de Emergencia y Hospitalización. | Informe | Oficina de Gestión de la Calidad |
| | Consolidado semestral de las auditorias de la calidad de registro de la historia clínica en Emergencia y Hospitalización ejecutadas. | Informe | Oficina de Gestión de la Calidad |
| | Seguimiento del cumplimiento de las recomendaciones de la evaluación de las auditorias de la calidad de registro. | Informe | Oficina de Gestión de la Calidad |
| | Reporte semestral del consolidad de las auditorias de la calidad de registro de la historia clínica en emergencia y hospitalización ejecutadas y su respectivo cumplimiento de las acciones de mejora. | Informe | Oficina de Gestión de la Calidad |
| | Informe de la realización de las auditorias de caso a solicitud | Informe | Oficina de Gestión de la Calidad |
| | Informe de la realización de la auditoria de la calidad de atención programada. | Informe | Oficina de Gestión de la Calidad |
| | Consolidado semestral de las auditorias de la calidad de atención (caso y programadas: paciente de larga estancia y reoperado) | Informe | Oficina de Gestión de la Calidad |
| | Seguimiento del cumplimiento de las recomendaciones basadas en las auditorias de calidad de la atención programada. | Informe | Oficina de Gestión de la Calidad |
| | Capacitación a los comités de auditoria de la calidad de la atención. | Persona Capacitada | Oficina de Gestión de la Calidad |
| IMPLEMENTAR EL PLAN DE AUDITORIA DE LA CALIDAD DE ATENCION | Consolidad el listado de Guías de Práctica Clínica y de Procedimientos Asistenciales vigentes (de los últimos 3 años) | Informe | Oficina de Gestión de la Calidad |
| | Curso - Taller: Metodología para la elaboración de Guías de Práctica Clínica y Guías de Procedimientos Asistenciales basadas en evidencia. | Persona Capacitada | Oficina de Gestión de la Calidad |
| | Consolidado semestral de la medición de la adherencia a las Guías de Práctica Clínica y Guías de Procedimientos Asistenciales. | Informe | Oficina de Gestión de la Calidad |
| | Fortalecimiento de las competencias en auditoria de la calidad de atención en salud: Difusión de las Normas Técnicas. | Persona Capacitada | Oficina de Gestión de la Calidad |



DOCUMENTO TÉCNICO: "PLAN ANUAL DE TRABAJO DE LA OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD 2023 DEL HOSPITAL DE EMERGENCIAS JOSÉ CASIMIRO ULLOA"

| | | | |
|--|---|--------------------|----------------------------------|
| IMPLEMENTAR EL PLAN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE | Elaboración del plan anual de seguridad del Paciente. | Plan elaborado | Oficina de Gestión de la Calidad |
| | Capacitación dirigida a los integrantes del Comité de Seguridad del Paciente y a las Jefaturas asistenciales en Gestión del Riesgo, Notificación de los Eventos Adversos y Análisis de Eventos Centinela. | Persona Capacitada | Oficina de Gestión de la Calidad |
| | Consolidación de registro, notificación y análisis de eventos adversos. | Informe | Oficina de Gestión de la Calidad |
| | Realizar el análisis del evento adverso según protocolo de Londres. | Informe | Oficina de Gestión de la Calidad |
| | Capacitación de la Aplicación de la Lista de Verificación de Seguridad en la Cirugía en los Centros Quirúrgicos. | Persona Capacitada | Oficina de Gestión de la Calidad |
| | Aplicación de la encuesta para evaluar la implementación de la Lista de Verificación de Seguridad en la Cirugía (LVSC). | Encuesta | Oficina de Gestión de la Calidad |
| | Informe de la encuesta aplicada de la implementación Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía (LVSC) | Informe | Oficina de Gestión de la Calidad |
| | Programación de Rondas de Seguridad | Cronograma | Oficina de Gestión de la Calidad |
| | Informe de los resultados de las Rondas de Seguridad del Paciente ejecutadas mensualmente. | Informe | Oficina de Gestión de la Calidad |
| | Consolidado trimestral de las Rondas de Seguridad del Paciente ejecutadas | Informe | Oficina de Gestión de la Calidad |
| | Seguimiento del cumplimiento de las acciones de mejora post Rondas de Seguridad del Paciente ejecutadas | Informe | Oficina de Gestión de la Calidad |
| | Monitoreo de la implementación y adherencia del proceso de higiene de lavado de manos. | Informe | Oficina de Gestión de la Calidad |
| IMPLEMENTAR EL PLAN DE AUTOEVALUACION | Elaboración del plan de autoevaluación | Plan elaborado | Oficina de Gestión de la Calidad |
| | Capacitación dirigida al equipo de evaluadores internos y al equipo de acreditación en norma técnica de acreditación. | Acta | Oficina de Gestión de la Calidad |
| | Planificar el proceso de autoevaluación para la acreditación hospitalaria | Informe | Oficina de Gestión de la Calidad |
| | Comunicación oficial del inicio de autoevaluación | Informe | Oficina de Gestión de la Calidad |
| | Presentación del informe técnico de autoevaluación para la acreditación. | Informe | Oficina de Gestión de la Calidad |
| | Seguimiento del cumplimiento de recomendaciones en base a los resultados del proceso de autoevaluación. | Informe | Oficina de Gestión de la Calidad |
| PROMOVER LA MEJORA CONTINUA | Capacitación en proyectos de mejora continua de la calidad dirigido al personal de salud. | Persona Capacitada | Oficina de Gestión de la Calidad |
| | Actualización y conformación del Equipo de Mejora Continua. | Informe | Oficina de Gestión de la Calidad |
| | Planificación de Proyecto de Mejora | Informe | Oficina de Gestión de la Calidad |
| | Elaboración de un proyecto de Mejora | Informe | Oficina de Gestión de la Calidad |



DOCUMENTO TÉCNICO: "PLAN ANUAL DE TRABAJO DE LA OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD 2023 DEL HOSPITAL DE EMERGENCIAS JOSÉ CASIMIRO ULLOA"

| | | | |
|---|---|--------------------|----------------------------------|
| PLATAFORMA DE ATENCIÓN AL USUARIO (PAUS) | Elaboración de reportes de las atenciones del PAUS | Informe | Responsables de la PAUS |
| | Elaboración de reportes de los reclamos consignados en el libro de reclamaciones en salud. | Informe | Responsables de la PAUS |
| | Capacitación a los trabajadores en referencia a los derechos del paciente y el proceso de atención de los reclamos. | Persona Capacitada | Oficina de Gestión de la Calidad |
| | Difusión de los derechos y deberes de los pacientes que acuden al hospital (Folletos y Comunicación verbal). | Informe | Oficina de Gestión de la Calidad |
| | Implementación del libro de reclamaciones virtual. | Informe | Oficina de Gestión de la Calidad |
| EVALUAR LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO | Elaboración del Plan de Evaluación de la Satisfacción del Usuario Externo. | Plan elaborado | Oficina de Gestión de la Calidad |
| | Medición de satisfacción del usuario externo (Consulta externa, emergencia y hospitalización). | Informe | Oficina de Gestión de la Calidad |
| | Seguimiento del cumplimiento de recomendaciones post medición de la satisfacción del usuario externo en consulta externa, hospitalización y emergencia. | Informe | Oficina de Gestión de la Calidad |



6.5. Presupuesto

| Objetivos Específicos | Presupuesto |
|--|----------------------|
| IMPLEMENTAR EL SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD | S/ 15,000.00 |
| IMPLEMENTAR EL PLAN DE AUDITORIA DE LA CALIDAD DE ATENCION | S/ 70,000.00 |
| IMPLEMENTAR EL PLAN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE | S/ 64,000.00 |
| IMPLEMENTAR EL PLAN DE AUTOEVALUACION | S/ 32,000.00 |
| PROMOVER LA MEJORA CONTINUA | S/ 25,000.00 |
| PROMOVER LA PLATAFORMA DE ATENCION AL USUARIO EN SALUD. | S/ 39,000.00 |
| EVALUAR LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO | S/ 22,500.00 |
| TOTAL DE PRESUPUESTO | S/ 267,500.00 |

6.6. Financiamiento

El financiamiento del siguiente plan estará sujeto a la disponibilidad presupuestal del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa.

6.7. Acciones de Monitoreo, Supervisión y Evaluación del Plan

6.7.1. Periodo de ejecución:

El siguiente plan se ejecutará desde el 01 de enero hasta el 31 de diciembre del año 2023.



6.7.2. Matriz de Indicadores:

La responsabilidad de dar cumplimiento al Plan Anual y del monitoreo correspondiente, es de la Oficina de Gestión de la Calidad.

Formato 3: MATRIZ DE INDICADORES DEL PLAN ESPECÍFICO

| INDICADOR (DENOMINACIÓN) | FORMA DE CALCULO | VALOR ESPERA DO | PERIODO AD | RESPONSABLE |
|--|---|-----------------------|---------------|---|
| Porcentaje de ups que hacen uso de indicadores | $\frac{\text{N}^\circ \text{ de unidades orgánicas que hacen uso de indicadores}}{\text{N}^\circ \text{ total de unidades orgánicas en el HEJCU}} \times 100$ | 50% | Mensual | Oficinas Administrativas / Servicios Asistenciales |
| Porcentaje de usuarios externos satisfechos con la atención en urgencias y emergencias | $\frac{\text{N}^\circ \text{ de usuarios satisfechos en urgencias y emergencias}}{\text{N}^\circ \text{ de usuarios encuestados en situación de emergencias y urgencias}} \times 100$ | 80% | Trimestral | Oficina de gestión de la calidad |
| Porcentaje de usuarios externos satisfechos con la atención en hospitalización | $\frac{\text{N}^\circ \text{ de usuarios satisfechos en hospitalización}}{\text{N}^\circ \text{ de usuarios encuestados en hospitalización}} \times 100$ | 80% | Trimestral | Oficina de gestión de la calidad |
| Porcentaje de proyectos de mejora implementado | $\frac{\text{N}^\circ \text{ de proyectos de mejora implementados}}{\text{N}^\circ \text{ proyectos de mejora programados}} \times 100$ | 50% | Trimestral | Oficina de gestión de la calidad |
| Porcentaje de quejas y reclamos resueltos | $\frac{\text{N}^\circ \text{ de quejas atendidos}}{\text{N}^\circ \text{ de quejas registrados}} \times 100$ | 90% | Mensual | Oficina de gestión de la calidad |
| Porcentaje de usuarios internos satisfechos | $\frac{\text{N}^\circ \text{ de unidades orgánicas N}^\circ \text{ de usuarios internos satisfechos}}{\text{N}^\circ \text{ total de usuarios internos}} \times 100$ | 80% | Mensual | Oficina de gestión de la calidad |
| Porcentaje de cumplimiento | Porcentaje obtenido por el sistema de acreditación del minsa. | 85% | Mensual | Oficina de gestión de la calidad. |



VII. RESPONSABILIDADES.

- La ejecución del presente plan es de responsabilidad de la Oficina de Gestión de la Calidad; asimismo, el apoyo administrativo y financiero estará a cargo de la Dirección General del hospital.



VIII. ANEXOS.

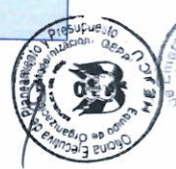
Anexo 1
MATRIZ DE PROGRAMACIÓN PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD 2023.

| Estructura Operativa | | Estructura programada del presupuesto | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|--|-------------------------------|--------------|---------------|--------------|-------------------|------------------------|----------|------------------------|----------------------|--------------------------------|--------------|---------------|--------------|-------------|----------------------------------|
| Unidad Organica: Oficina de Gestión de la Calidad. | | Unidad Organica: Oficina de Gestión de la Calidad. | | | | | | | | | | | | | | | |
| Objetivos Específicos | Actividad Operativa | Unidad de Medida | PROGRAMACIÓN DE METAS FISICAS | | | | Meta Fisica Anual | Categoría Presupuestal | Producto | Actividad presupuestal | Generación de gastos | PROGRAMACIÓN PRESUPUESTAL (S/) | | | | Responsable | |
| | | | I TRIMESTRE | II TRIMESTRE | III TRIMESTRE | IV TRIMESTRE | | | | | | I TRIMESTRE | II TRIMESTRE | III TRIMESTRE | IV TRIMESTRE | | |
| IMPLEMENTAR EL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD | Elaboración del Plan de Gestión de la Calidad. | Plan elaborado | 1 | | | | 1 | | | | | S/ 2,000.00 | | | | | Oficina de Gestión de la Calidad |
| | Monitoreo del avance del Plan de Gestión de la Calidad | Informe | | 1 | 1 | 1 | 3 | | | | | S/ 2,000.00 | S/ 2,000.00 | S/ 2,000.00 | S/ 6,000.00 | | Oficina de Gestión de la Calidad |
| | Evaluación de indicadores de calidad | Informe | | 1 | 1 | 1 | 3 | | | | | S/ 2,000.00 | S/ 2,000.00 | S/ 2,000.00 | S/ 6,000.00 | | Oficina de Gestión de la Calidad |
| | Elaboración del plan anual de acciones de la calidad de atención. | Plan elaborado | 1 | | | | 1 | | | | | S/ 600.00 | | | | | Oficina de Gestión de la Calidad |
| IMPLEMENTAR EL PLAN DE AUDITORIA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN | Capacitación dirigida al personal asistencial sobre aspectos de la calidad de la atención. | Persona Capacitada | | 1 | | | 50 | | | | | | | | S/ 400.00 | | Oficina de Gestión de la Calidad |
| | Realización de Auditoría de la calidad del registro de la historia clínica en las UPSS de Emergencia y Hospitalización. | Informe | | 1 | | | 2 | | | | | | | | S/ 4,000.00 | | Oficina de Gestión de la Calidad |



DOCUMENTO TÉCNICO: "PLAN ANUAL DE TRABAJO DE LA OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN EL HOSPITAL DE EMERGENCIAS JOSÉ CASIMIRO ULLOA"

| Descripción de Actividades | Informe | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | Oficina de Gestión de la Calidad |
|---|--|---|---|---|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|----------------------------------|
| Consolidado semestral de las auditorías de la calidad de registro de la historia clínica en Emergencias y Hospitalización agudizadas. | Informe | | | | | | | | | | | | | | | | | S/ 6.000,00 |
| Seguimiento del cumplimiento de las recomendaciones de la evaluación de las auditorías de la calidad de registro. | Informe | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | | | | | | | | | | | | S/ 6.000,00 |
| Reporte semestral del cumplimiento de las auditorías de la calidad de registro de la historia clínica en emergencias y hospitalización agudizadas y su respectivo cumplimiento de las acciones de mejora. | Informe | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | S/ 10.000,00 |
| Informe de la realización de las auditorías de caso a solicitud. | Informe | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | S/ 6.000,00 |
| Informe de la realización de la auditoría de la calidad de atención programada. | Informe | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | S/ 6.000,00 |
| Consolidado semestral de las auditorías de la calidad de atención (caso y programas); pendiente de llegar instancia y respectivo. | Informe | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | S/ 6.000,00 |
| Seguimiento del cumplimiento de las recomendaciones basadas en las auditorías de calidad de la atención programada. | Informe | | | | | | | | | | | | | | | | | S/ 3.000,00 |
| Capacitación a los comités de auditoría de la calidad de la atención. | Reporte Capacitación | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | S/ 3.000,00 |
| Consolidado del Estado de Guías de Práctica Clínica y de Procedimientos Asistenciales Vigentes (de los últimos 2 años). | Informe | | | | | | | | | | | | | | | | | S/ 4.000,00 |
| Cursos - Taller Metodológico para la elaboración de Guías de Práctica Clínica y Guías de Procedimientos Asistenciales basadas en evidencia. | Informe | | | | | | | | | | | | | | | | | S/ 2.000,00 |
| Consolidado semestral de la medición de la adherencia a las Guías de Práctica Clínica y Guías de Procedimientos Asistenciales. | Informe | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | | | | | | | | | | | | S/ 4.000,00 |
| Fortalecimiento de las competencias en auditoría de la calidad de atención en salud. División de las Normas Técnicas. | Certero Electrónico y Página Institucional | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | S/ 6.000,00 |



DOCUMENTO TÉCNICO: "PLAN ANUAL DE TRABAJO DE LA OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN EL AÑO 2023 DEL HOSPITAL DE EMERGENCIAS JOSÉ CASIMIRO ULLOA"

| Objetivo de Gestión de la Calidad | Indicador | Valor Objetivo | Valor Real | Observaciones | Fecha de Ejecución | Responsable | Costo | Oficina de Gestión de la Calidad |
|---|---|----------------|------------|---------------|--------------------|---------------------|-------------|----------------------------------|
| IMPLEMENTAR EL PLAN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE | Elaboración del plan anual de seguridad del Paciente | 1 | | | 1 | Informe | \$ 3.000.00 | Oficina de Gestión de la Calidad |
| | Capacitación dirigida a los integrantes del Comité de Seguridad del Paciente y a los diferentes servicios en Gestión del Riesgo, Notificación de los Eventos Adversos y Análisis de Eventos | 1 | | | 50 | Persepe Capacitador | \$ 1.000.00 | Oficina de Gestión de la Calidad |
| | Conciliación de registros, notificación y análisis de eventos adversos | 1 | | | 2 | Informe | \$ 2.000.00 | Oficina de Gestión de la Calidad |
| | Realizar el análisis del evento adverso según protocolo de Londres | 1 | | | 4 | Informe | \$ 400.00 | Oficina de Gestión de la Calidad |
| | Capacitación de la Aplicación de la Lista de Verificación de Seguridad en la Cruzje en los Centros Quirúrgicos | 1 | | | 30 | Persepe Capacitador | \$ 2.000.00 | Oficina de Gestión de la Calidad |
| | Aplicación de la encuesta para evaluar la implementación de la Lista de Verificación de Seguridad en la Cruzje (LVSC) | 1 | | | 4 | Encuesta | \$ 2.000.00 | Oficina de Gestión de la Calidad |
| | Informe de la encuesta aplicada de la implementación Lista de Verificación de la Seguridad en la Cruzje (LVSC) | 1 | | | 4 | Informe | \$ 400.00 | Oficina de Gestión de la Calidad |
| | Programación de Rondas de Seguridad | 1 | | | 1 | Cronograma | \$ 400.00 | Oficina de Gestión de la Calidad |
| | Informe de los resultados de las Rondas de Seguridad del Paciente ejecutadas mensualmente | 1 | | | 12 | Informe | \$ 2.000.00 | Oficina de Gestión de la Calidad |
| | Comité de Control de los Resultados de Seguridad del Paciente ejecutadas | 1 | | | 4 | Informe | \$ 2.000.00 | Oficina de Gestión de la Calidad |
| | Seguimiento del cumplimiento de las acciones de mejora post Rondas de Seguridad del Paciente ejecutadas | 1 | | | 2 | Informe | \$ 4.000.00 | Oficina de Gestión de la Calidad |
| | Monitoreo de la implementación y adherencia del proceso de higiene de manos | 1 | | | 4 | Informe | \$ 600.00 | Oficina de Gestión de la Calidad |



DOCUMENTO TÉCNICO: "PLAN ANUAL DE TRABAJO DE LA OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD 2023 DEL HOSPITAL DE EMERGENCIAS JOSÉ CASIMIRO ULLOA"

| REALIZAR LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO | Elaboración del Plan de Evaluación de la Satisfacción del Usuario Externo Medición de satisfacción del usuario externo (Consulta externa, emergencias y hospitalización). Seguimiento del cumplimiento de recomendaciones para medición de la satisfacción del usuario externo en consulta externa, hospitalización y emergencias. | Plan elaborado | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | |
|--------------------------------------|--|----------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Informe | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| | | Informe | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |



IX BIBLIOGRAFIA

- Propuestas de la SECA para la recuperación del Sistema Nacional de Salud tras la pandemia por SARS-CoV-2. 2020. Disponible en: <https://www.elsevier.es/en-revista-journal-healthcare-quality-research-257-articulo-propuestas-seca-recuperacion-del-sistema-S2603647920301032>.
- COVID-19: patient safety and quality improvement skills to deploy during the surge. International Journal for Quality in Health Care, 2021, 33(1), 1-3. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32400870/>
- Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud 2010. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2010. (Consultado 21 Junio 2011). Disponible en: <http://www.mspsi.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/pncalid/d/PlanCalidad2010.pdf>
- Batussen R, Yes Y, Hadad S, Sauerborn R. Perceived Quality of Care of Cordero Espinoza y cols. Comparación de la calidad de servicio de los servicios de Urgencia de los hospitales de Talca, Curico y Linares.
- Clínica Alberto Sabogal Sologuren: "Calidad en Servicios de Salud. Experiencia en la Implementación de Círculos de Calidad" Callao, 1996.
- Dirección General de Salud de las Personas. Dirección Ejecutiva de Servicios de Salud del Ministerio de Salud. Guía para la Aplicación del Manual de Acreditación de Hospitales. (1996). Kit Sadgrove.
- Diprete Brown: Millar, Lynne, Rajeh, Nadwa, Hatzell Theresa. Garantía de calidad en la atención de salud en los países en desarrollo. Proyecto de Garantía de Calidad.
- Donabedian, Avedis (1996) "The effectiveness of quality assurance" International Journal for Quality in Health Care Vol. 8 N° 4 pp 401-407.
- Donabedian, Avedis (1990) Garantía y monitoreo de la calidad de la atención médica: en texto introductorio. Instituto Nacional de Salud Pública. México.
- Donabedian, Avedis (1990a) "La dimensión internacional de la evaluación y garantía de la calidad. Salud Pública de México – marzo – abril 1990. Vol. 32 N° 2.
- Donabedian, Avedis (1990b) "The seven pillars of quality" Arch Pathol Lab. Med. 1990: 114: 1115-8 Artículo traducido aparecido en la revista de Calidad Asistencial Suplemento N°1, 2001, Vol. 16.



DOCUMENTO TÉCNICO: "PLAN ANUAL DE TRABAJO DE LA OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD 2023 DEL HOSPITAL DE EMERGENCIAS JOSÉ CASIMIRO ULLOA"

- Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente" del Ministerio de la Protección Social de Colombia. Buenas Practicas para la Seguridad del Paciente en la Atencion en Salud.
- Bogota-Nov-2009.Gea María Teresa y colbs Opinión de los usuarios sobre la calidad del servicio de urgencias-Hospital Virgen de las Nieves-Granada-España1998.
- Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente" del Ministerio de la Protección Social de Colombia. Buenas Practicas para la Seguridad del Paciente en la Atencion en Salud. Bogota-Nov-2009.
- Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente" del Ministerio de la Protección Social de Colombia. Buenas Practicas para la Seguridad del Paciente en la Atencion en Salud.Bogota-Nov-2009.
- Gestión de la Calidad y el conocimiento en los servicios.RR.Gonzalez 2020.Cuba.
- Calidad de Atención y satisfacción de usuarios de consultorio Covid-19 Hospital Regional del Sur FAP,Arequipa-2021.


MINISTERIO DE SALUD
Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa"
DRA. ROCIO MARATUECH KONG
Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad

