



PERÚ

Ministerio
de Salud

Viceministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en Salud

Hospital de Emergencias
José Casimiro Ulloa

Oficina de Gestión
de la Calidad

MINISTERIO DE SALUD



HOSPITAL DE EMERGENCIA
“JOSE CASIMIRO ULLOA”

DOCUMENTO TÉCNICO:

PLAN DE TRABAJO DE LA OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

AÑO 2022

Tipo de documento	Numeración	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN	Año Calendario de aprobación
PLAN DE TRABAJO DE ACTIVIDADES DE LA OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	N°001	HEJCU/DG/OGC	2021-V.01



PERÚ

Ministerio
de Salud

Viceministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en Salud

Hospital de Emergencias
José Casimiro Ulloa

Oficina de Gestión
de la Calidad

DIRECTORIO INSTITUCIONAL

Dr. Luis Julio, PANCORVO ESCALA

Director General del HEJCU

Lic. Adm. María del Rosario, INGA ALVA

Director de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento y Presupuesto

Dra. Sonia Elvira, ESCUDERO VIDAL

Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad





ÍNDICE

I.	INTRODUCCIÓN	4
II.	FINALIDAD	5
III.	OBJETIVOS	6
	3.1 Objetivos Generales	6
	3.2 Objetivos Específicos	6
IV.	ÁMBITO DE APLICACIÓN	6
V.	BASE LEGAL	6
VI.	CONTENIDO	7
	6.1 Líneas de acción	7
	6.2 Diagnóstico situacional	7
	6.3 Problemas identificados	12
	6.4 Matriz de indicadores	12
	6.5 Presupuesto	13
VII.		14
VIII.	RESPONSABILIDADES	
IX.	ANEXOS	14





PLAN DE TRABAJO DE ACTIVIDADES DE LA OFICINA DE GESTIÓN DE CALIDAD

I. INTRODUCCIÓN:

La pandemia de COVID-19 ha desafiado enormemente a todos los sistemas de salud. Para responder ante esta contingencia, los sistemas han tenido que reorganizarse casi instantáneamente, sin mucho tiempo para que se establezcan nuevos roles para los equipos de calidad y seguridad del paciente.

En muchos casos, aquellos profesionales con experiencia clínica han tenido que apoyar en tales labores en las Unidades y Servicios con alta demanda asistencial. Sin embargo, las competencias de los profesionales de los diversos equipos de calidad pueden contribuir de manera fundamental a que los cambios implementados obtengan los resultados esperados.

Recientemente en una editorial de la International Journal for Quality in Healthcare de la ISQua, se identificaron 5 líneas estratégicas en las cuales los equipos de calidad pueden contribuir significativamente. Mencionamos las consideradas más aplicables al contexto nacional.

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.
- ✓ Apoyar al paciente y sus familiares.

Optimizar las políticas de visita e información:

- ✓ Gestionar que siempre que sea posible los pacientes puedan ser visitados por un familiar con las medidas de seguridad adecuadas, más aún en el caso de pacientes graves, con adecuación del esfuerzo terapéutico o en cuidados paliativos.
- ✓ Contribuir a la implementación de dispositivos electrónicos para video llamadas entre pacientes y su familia.
- ✓ Velar por la entrega oportuna de información a familiares.
- ✓ Mejorar los cuidados clínicos.
- ✓ Proveer y hacer disponible a los equipos información actualizada y resumida de prácticas clínicas relevantes en el contexto del COVID-19.
- ✓ Promover reuniones breves para resumir nuevas guías o protocolos clínicos y nuevos tips para las mejores prácticas.





Reducir el daño

- ✓ Colaborar con los equipos de Infecciones Asociadas a la Atención de Salud (IAAS) en la actualización de protocolos y procedimientos, así como contribuir en su difusión.
- ✓ Organizar evaluaciones breves de prácticas clínicas relevantes, ejemplo: enfatizar la observación del lavado e higiene de manos, realizando feedback a los equipos.
- ✓ Coordinar el análisis del riesgo asistencial: identificando las vulnerabilidades de nuevas Unidades creadas para pacientes con COVID-19 y las previas existentes. Reforzar la vigilancia de eventos adversos según el contexto actual y sus medidas de prevención.
- ✓ Prevenir las úlceras por presión difundiendo y enfatizando medidas de prevención tanto para las lesiones por utilización de los EPP en el personal de salud, como en pacientes, particularmente aquellos en posición prono.

Optimizar los sistemas de aprendizaje

- ✓ Enfatizar el carácter no punitivo de la notificación de incidentes de seguridad para considerarlos como insumo en la mejora continua. 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, Ej.: apoyar a la resolución escasez de EPP.
- ✓ Promover una cultura de seguridad, resiliencia y aprendizaje, no señalando con el dedo a quien comete un error, reforzando una cultura institucional orientada a la resolución de problemas y que aprende tanto de los errores como de lo que resulta bien en la institución, particularmente considerando que hay personal de reciente incorporación o que se encuentra desempeñando labores que no forman parte de su quehacer habitual.

Los equipos de calidad son fundamentales en la seguridad del paciente, durante esta contingencia pueden aportar de manera significativa al mejor cuidado del paciente.

II. FINALIDAD:

Mejorar la Calidad de Atención y la Satisfacción de los Usuarios Internos y Externos del Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa".





III. OBJETIVOS:

3.1. Objetivos Generales:

- 3.1.1. Realizar la gestión de procesos para la autoevaluación/acreditación, gestión del riesgo y buenas prácticas en seguridad del paciente y procesos de mejora continua e información para la gestión de la calidad.

3.2. Objetivos Específicos:

- 3.2.1. Planificar el proceso de Autoevaluación para la Acreditación Hospitalaria.
- 3.2.2. Desarrollar el Proceso de Autoevaluación para la Acreditación Hospitalaria.
- 3.2.3. Fortalecer competencias en Buenas Prácticas de Atención y Gestión del Riesgo.
- 3.2.4. Fortalecer el Sistema de Registro- Notificación - Análisis y Mejora del Incidente y Evento Adverso.
- 3.2.5. Promover una cultura basada en el aprendizaje del Error - Cultura de Seguridad
- 3.2.6. Implementar el Proceso de Aprendizaje del Error (Rondas de Seguridad del Paciente-Identificación de los Verificadores Inseguros, Auditorías de la Calidad de Atención)
- 3.2.7. Fortalecer el Proceso de Análisis de los Eventos Centinela
- 3.2.8. Fortalecer competencias en Mejora Continua de la Calidad
- 3.2.9. Información para la promoción de la Cultura de Mejora Continua de la Calidad
- 3.2.10. Optimizar y Mejorar Procesos Críticos (Desarrollo de Acciones o PMCC)

IV. ÁMBITO DE APLICACIÓN:

El Plan de actividades de la Oficina de Gestión de la Calidad, es de aplicación a todos los servicios asistenciales y administrativos del Hospital de Emergencia José Casimiro Ulloa.





V. BASE LEGAL:

- V.1 Ley N° 26842 Ley General de Salud y sus modificatorias
- V.2 Ley N° 27658 - Ley Marco de Modernización de la Gestión del Estado.
- V.3 Decreto Legislativo N° 1440. Decreto Legislativo del Sistema Nacional de Presupuesto Público.
- V.4 Decreto Legislativo N° 1088, Ley del Sistema Nacional de Planeamiento Estratégico y del Centro Nacional de Planeamiento Estratégico de Perú.
- V.5 Resolución Ministerial N° 826-2021-MINSA aprueba las "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud".
- V.6 Resolución Ministerial N° 1143-2019/MINSA aprueba la Directiva Administrativa N° 280-MINSA/2019/OGPPM: Directiva Administrativa "para la Formulación, Seguimiento y Evaluación de los Planes Específicos de los Órganos, Unidades Orgánicas de la Administración Central, los Órganos Desconcentrados, Programa y Organismos Públicos Adscritos del MINSA"
- V.7 Resolución Ministerial N° 1334-2018-MINSA aprueba el Plan Estratégico Institucional (PEI) 2019 - 2021 del Ministerio de Salud
- V.8 Resolución Ministerial N° 367-2016-MINSA Plan Estratégico Sectorial Multianual PESEM – Salud (2016 – 2021) aprueba el Plan Estratégico Sectorial Multianual (PESEM) 2016-2021 del Sector Salud
- V.9 Resolución Ministerial N° 767-2006-MINSA aprueba ROF del Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa".

VI. CONTENIDO:

6.1 LÍNEAS DE ACCIÓN

- Auditoría.
- Acreditación.
- Mejora Continua de la Calidad.
- Satisfacción del Usuario Externo.
- Participación Ciudadana.
- Seguridad del Paciente

6.2 DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

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 activa del personal directivo, asistencial, técnico y administrativo. Depende del Órgano de Dirección.





ANÁLISIS ESTRATÉGICO

a) Realizar análisis FODA

<p>FORTALEZAS</p> <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, 01 Pentium IV y una Pentium III para PAUS. Estas sirven para soportar el Software de SERVQUAL, 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 servicios y departamentos. 	<p>DEBILIDADES</p> <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.
<p>OPORTUNIDADES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asistencia técnica del MINSA, DIRIS LC, USAID para retroalimentar y seguir en la implementación y mejoras de las normas de calidad. • Apoyo de la Dirección General, Dirección Médica y Dirección Administrativa, para el desarrollo de las actividades de calidad. • Usuarios externos del sector exigen estándares de calidad elevados. • Órgano asesor de la Dirección General del HEJCU establecido funcional y orgánicamente por el MINSA. • Personal interesado en mejorar los procesos asistenciales, administrativos y de servicios. • Personal comprometido por el cambio y el mejoramiento. • Gestión de Reclamos para usuarios, como oportunidad de mejora. • MOUS (Modulo de orientación del usuario) 	<p>AMENAZAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Insatisfacción de personal asistencial, administrativo y de servicios. • Desinterés y desmotivación del usuario interno. • Falta de programas de calidad institucionales • Insuficiente presupuesto para actividades de calidad. • Cambios de personal. • Alta resistencia al cambio.





b) Describir los Recursos Humanos

NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO	CONDICIÓN LABORAL		
		NOMBRADO	CAS	CONTRATO POR TERCEROS
Sonia Escudero Vidal	Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad	X		
Jahayra Aurora Espejo Zúñiga	Secretaria		X	
PROYECTOS DE MEJORA CONTINUA				
Sandy Yesenia Ramírez Salinas	Licenciada en Enfermería			X
AUDITORIA DE LA CALIDAD EN SALUD				
Mirella Karem Vásquez Carhuallanqui	Médico Auditor			X
MÓDULO DE ORIENTACIÓN AL USUARIO				
Nelly María del Rosario Montero Aguilar	Responsable del PAU	X		
LIBRO DE RECLAMACIONES				
Sandy Yesenia Ramírez Salinas	Licenciada en Enfermería			X

c) Metodología de trabajo - Actividades Operativas

a. Jefe de Oficina de Gestión del Calidad:

- i. Asesorar, formular y proponer los lineamientos técnicos y estratégicos para la mejora continua de la calidad de la atención en salud, concordante con las normas vigentes.
- ii. Planificar, diseñar, evaluar y analizar los procesos de mejoramiento continuo y garantía de la calidad para la toma de decisiones.
- iii. Conformar los Comités de Trabajo en Auditoría, Autoevaluación, Acreditación, Seguridad del Paciente, Guías de Práctica Clínica y otros que corresponda a la Oficina de Gestión de la Calidad.
- iv. Participar en la gestión, identificando, diseñando y proponiendo la implementación de nuevos sistemas de trabajo o modificación de los mismos para obtener los resultados esperados que conlleven a cumplir con los objetivos de la institución.
- v. Proponer las mejoras en los procesos y trámites que se realizan en el Hospital.





- vi. Brindar asesoría en la formulación de directivas sanitarias y administrativas, guías de práctica clínica, guías de procedimientos e intervenciones y otros documentos relevantes para la gestión.
 - vii. Participar en las Reuniones del Equipo de Gestión.
 - viii. Integrar Comisiones que le designe la Dirección General.
 - ix. Desarrollar labor docente en el marco de los Convenios Interinstitucionales y promover la ejecución de estudios de investigación en Calidad de Servicios de Salud.
 - x. Velar por la integridad y buen funcionamiento de los equipos, materiales, insumos y enseres de la Oficina, responsabilizándose por su deterioro o uso indebido.
 - xi. Conocer y socializar en la Oficina el Plan Hospitalario de Evacuación y Comportamiento en caso de Desastres.
 - xii. Promover la capacitación y el desarrollo continuo del personal a su cargo.
 - xiii. Elaborar el MOF, MAPRO, Proyectos de Mejora y otros documentos de gestión de su Oficina.
 - xiv. Elaborar, reprogramar y evaluar el POA de la oficina a su cargo y velar por su cumplimiento, informando mensualmente a la OEPM.
 - xv. Participar en la elaboración del POA institucional.
 - xvi. Establecer el control previo y concurrente en la Unidad Orgánica a su cargo.
 - xvii. Conformar comités de su competencia y otros que le designa la dirección
 - xviii. Promover en la oficina el proceso de mejoramiento continuo de la calidad desde la perspectiva de la satisfacción del usuario.
 - xix. Conocer, cumplir y hacer cumplir los Reglamentos, Normas, Manuales, Procedimientos y disposiciones vigentes, así como formular y proponer cambios en los mismos tendientes a mejorar su funcionamiento.
 - xx. Supervisar, Controlar y Evaluar al personal a su cargo, priorizando el cumplimiento de las metas y objetivos para determinar los avances y limitaciones.
- b) Médico
- i. Participar en las actividades de la Oficina de Gestión de la Calidad.
 - ii. Realizar las Auditorías de la calidad de atención, Auditorías de caso, Auditorías de los procesos asistenciales y administrativos del hospital.
 - iii. Evaluar los riesgos asistenciales y la cultura de seguridad del hospital.
 - iv. Elaborar la documentación de la Oficina de Gestión de la Calidad, con relación al trabajo desempeñado.
 - v. Participar activamente en las reuniones de trabajo de evaluación y monitoreo del mejoramiento de los procesos.





- vi. Conducir los comités de Auditoría y monitorear el proceso de implementación y seguimiento de recomendaciones de los informes de auditoría.
 - vii. Elaborar los informes de auditorías de caso, y los informes de auditorías de la calidad de atención.
 - viii. Realizar la evaluación de las adherencias a las guías de práctica clínica y los informes respectivos.
 - ix. Cumplir con la normatividad legal vigente, relacionada al área de su competencia.
 - x. Conocer el Plan Hospitalario de Evacuación y Comportamiento en caso de Desastres.
- c) Especialista en Gestión de la Salud.
- i. Participar en las actividades de la Oficina de Gestión de la Calidad.
 - ii. Realizar las rondas de seguridad del paciente en todos los servicios asistenciales.
 - iii. Informar sobre la Gestión de Riesgos y la Seguridad del paciente, realizar monitoreo del plan anual.
 - iv. Contribuir en la elaboración de los proyectos de mejora.
 - v. Monitorear la implementación de los proyectos de mejora
 - vi. Elaborar la documentación de la Oficina de Gestión de la Calidad.
 - vii. Participar activamente en las reuniones de trabajo de evaluación y monitoreo del mejoramiento de los procesos.
 - viii. Mantener informado a la Jefatura, de los problemas que se susciten en la atención del
 - ix. usuario.
 - x. Controlar y llevar el inventario general de los bienes activos y bienes corrientes de la Oficina.
 - xi. Gestionar e informar los reclamos a la Dirección General.
 - xii. Cumplir con la normatividad legal vigente, relacionada al área de su competencia.
 - xiii. Conocer el Plan Hospitalario de Evacuación y Comportamiento en caso de Desastres.
- d) Técnica en estadística
- i. Participar en las actividades de la Oficina de Gestión de la Calidad.
 - ii. Velar por la actualización de las normas vigentes.
 - iii. Recepcionar y clasificar la información de los Servicios que brindan atención al usuario.
 - iv. Participar activamente en las reuniones de trabajo de evaluación y monitoreo del mejoramiento de los procesos.
 - v. Asistir al usuario en la ubicación de los Servicios si el caso lo requiere.





- vi. Mantener informado a la Jefatura, de los problemas que se susciten en la atención del usuario.
 - vii. Controlar y llevar el inventario general de los bienes activos y bienes corrientes de la Oficina.
 - viii. Realizar encuestas de satisfacción del usuario externo en emergencia, hospitalización, centro quirúrgico.
 - ix. Realizar encuestas del conocimiento de seguridad del paciente en personal asistencial.
 - x. Elaborar informes respectivos.
 - xi. Contribuir con el procesamiento de la información obtenida por la Oficina de Gestión de la Calidad, recepcionar y registrar los reclamos y sugerencias de los usuarios y la interposición de buenos oficios
 - xii. Supervisar y monitorear la Plataforma de Atención al usuario.
 - xiii. Cumplir con la normatividad legal vigente, relacionada al área de su competencia.
 - xiv. Conocer el Plan Hospitalario de Evacuación y Comportamiento en caso de Desastres.
- e) Técnica administrativo
- i. Velar por la actualización de las normas vigentes.
 - ii. Elaborar la documentación de la Oficina de Gestión de la Calidad.
 - iii. Controlar y llevar el inventario general de los bienes activos y bienes corrientes de la Oficina.
 - iv. Recepcionar, clasificar, registrar y tramitar los documentos relativos a las
 - v. actividades de la Oficina de Gestión de la Calidad, con criterio de absoluta confidencialidad y reserva
 - vi. Contribuir con el procesamiento de la información obtenida por la Oficina de Gestión de la Calidad
 - vii. Cumplir con la normatividad legal vigente, relacionada al área de su competencia
 - viii. Conocer el Plan Hospitalario de Evacuación y Comportamiento en caso de Desastres.

6.3 PROBLEMAS IDENTIFICADOS

El Plan de Gestión de la Calidad es de aplicación en todos los departamentos, servicios y áreas asistenciales, administrativas y de servicios del Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa".

- Infraestructura 7^{mo}. Piso.
- Falta de programas de capacitación en Auditoria de procesos.
- Insuficiente personal de apoyo con conocimiento de Gestión de la Calidad.





- Insatisfacción de personal asistencial, administrativo y de servicios.
- Desinterés y desmotivación del usuario interno.
- Insuficiente presupuesto para actividades de calidad.
- Alta resistencia al cambio.

6.4. MATRIZ DE INDICADORES

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

INDICADOR(DE NOMINACIÓN)	FORMA DE CALCULO	VALOR ESPERADO	PRIORIDAD	RESPONSABLE
PORCENTAJE DE UPS QUE HACEN USO DE INDICADORES	N° DE UNIDADES ORGÁNICAS QUE HACEN USO DE INDICADORES/N° TOTAL DE UNIDADES ORGÁNICAS EN EL HEJCU X 100	50%	MENSUAL	OFICINAS/DPTO
% DE USUARIOS EXTERNOS SATISFECHOS CON LA ATENCIÓN EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS	N° DE USUARIOS SATISFECHOS EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS /N° DE USUARIOS ENCUESTADOS EN SITUACIÓN DE EMERGENCIAS Y URGENCIAS X 100	80%	TRIMESTRAL	OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD
% DE USUARIOS EXTERNOS SATISFECHOS CON LA ATENCIÓN EN HOSPITALIZACIÓN	N° DE USUARIOS SATISFECHOS EN HOSPITALIZACIÓN /N° DE USUARIOS ENCUESTADOS EN HOSPITALIZACIÓN X 100	80%	TRIMESTRAL	OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD
% DE PROYECTOS DE MEJORA IMPLEMENTADO	N° DE PROYECTOS DE MEJORA IMPLEMENTADOS/ N° PROYECTOS DE MEJORA PROGRAMADOS X 100	50%	TRIMESTRAL	OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD
PORCENTAJE DE QUEJAS Y RECLAMOS RESUELTOS	N° DE QUEJAS ATENDIDOS /N° DE QUEJAS REGISTRADOS X 100	90%	MENSUAL	OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD
% DE USUARIOS INTERNOS SATISFECHOS	N° DE USUARIOS INTERNOS SATISFECHOS/ N° TOTAL DE USUARIOS INTERNOS X 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





6.5. PRESUPUESTO:

Objetivos específicos	MONTO
O.E. 1.1. Planificar el proceso de Autoevaluación para la Acreditación Hospitalaria.	S/ 24,000.00
O.E. 1.2. Desarrollar el Proceso de Autoevaluación para la Acreditación Hospitalaria.	S/ 20,000.00
O.E. 2.1. Fortalecer competencias en Buenas Prácticas de Atención y Gestión del Riesgo.	S/ 12,500.00
O.E. 2.2. Fortalecer el Sistema de Registro- Notificación - Análisis y Mejora del Incidente y Evento Adverso.	S/ 20,000.00
O.E. 2.3. Promover una cultura basada en el aprendizaje del Error - Cultura de Seguridad.	S/ 5000.00
O.E. 2.4. Promover Buenas Prácticas de Atención por la Seguridad del Paciente (Objetivos Internacionales en Seguridad del Paciente).	S/ 28,000.00
O.E. 2.5. Implementar el Proceso de Aprendizaje del Error (Rondas de Seguridad del Paciente-identificación de los Verificadores Inseguros, Auditorías de la Calidad de Atención).	S/ 86,000.00
O.E. 2.6. Fortalecer el Proceso de Análisis de los Eventos Centinela.	S/ 4000.00
O.E. 3.1. Fortalecer competencias en Mejora Continua de la Calidad.	S/ 14,000.00
O.E. 3.2. Información para la promoción de la Cultura de Mejora Continua de la Calidad.	S/ 52,000.00
O.E. 3.3. Optimizar y Mejorar Procesos Críticos (Desarrollo de Acciones o PMCC).	S/ 8,000.00
TOTAL	S/ 272,500.00

VII. RESPONSABILIDADES:

Los responsables de las áreas de la Oficina de Gestión de la Calidad antes descritas con el apoyo del Equipo Técnico de la Oficina y de los Jefes de departamentos asistenciales, son los encargados de hacer cumplir las actividades programadas para el año 2022.

VIII. ANEXOS:

- Matriz de programación de metas físicas y presupuestales.



MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL DE EMERGENCIAS José Casimiro Ulloa
Dra. SONIA ESCUDERO VIDAL
Oficina de Gestión de la Calidad



**MATRIZ DE PROGRAMACION DE METAS FISICAS Y PRESUPUESTALES
FASE DE FORMULACIÓN**

Unidad Orgánica: Oficina de Gestión de la Calidad

OBJETIVO GENERAL	OBJETIVO ESPECIFICO	ACTIVIDAD OPERATIVA	UNIDAD DE MEDIDA	PROGRAMACION DE METAS FISICAS						Estructura del presupuesto					
				I TRIMESTRE	II TRIMESTRE	III TRIMESTRE	IV TRIMESTRE	META FISICA ANUAL	I TRIMESTRE	II TRIMESTRE	III TRIMESTRE	IV TRIMESTRE	TOTAL PRESUPUESTO (S/.)		
				PROGRAMACIÓN PRESUPUESTAL (S/.)											
GESTIÓN DE PROCESOS PARA LA AUTOEVALUACIÓN/ACREDITACIÓN	Planificar el proceso de Autoevaluación para la Acreditación Hospitalaria	Elaboración y aprobación con Resolución del Directoral de Plan de Autoevaluación.	Resolución Directoral, Informe	1					1	6000					S/6,000.00
				1					1	6000					S/6,000.00
				1					1	6000					S/6,000.00
		Capacitación dirigida al equipo de Evaluadores Internos y al Equipo de Acreditación en	Acta					1					6000		S/6,000.00





Capacitación dirigido a los integrantes del Comité de Seguridad del Paciente y a las Jefaturas asistenciales, en Gestión del Riesgo, Notificación Eventos Adversos y Análisis de Eventos Centinela.	1	Informe	1	1	1000				S/1,000.00
Elaboración y aprobación con Resolución del Plan de Auditoría.	1	Informe	1	1	2000				S/2,000.00
Actualización de la Resolución N° 044-2021-HEJCU-DG del Comité de Auditoría Médica y Resolución N° 043-2021-HEJCU-DG Comité de Auditoría en Salud	1	Informe	1	1	2500				S/2,500.00





	Emergencia y Hospitalización.	Informe	1		1	1	1	2	3000	3000	3000	S/6,000.00
	Consolidado semestral de las auditorías de la calidad de registro de la historia clínica en Emergencia y Hospitalización ejecutadas.	Informe	1		1	1	1	1	5000	5000	5000	S/5,000.00
	Seguimiento del cumplimiento de las recomendaciones de la evaluación de las auditorías de la calidad de registro.	Informe	1		1	1	2	2	5000	5000	5000	S/10,000.00
	Reporte semestral del consolidado de las auditorías de la calidad de registro de la historia clínica en Emergencia y Hospitalización ejecutadas y su cumplimiento de las acciones de mejora.	Informe	1		1	1	2	2	4000	4000	4000	S/8,000.00
	Informe de la realización de las	Informe	1		1	1	2	2	4000	4000	4000	S/8,000.00





PERÚ

Ministerio de Salud

Viceministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud

Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa

Oficina de Gestión de la Calidad

PARA LA GESTIÓN DE LA CALIDAD	Calidad	dirigido al personal de salud del HEJCU.	Informe	1						1	6000							S/6,000.00		
			Actualización y conformación del Equipo de Mejora Continua del HEJCU.																	
			Elaboración y aprobación con Resolución del Directoral Plan de Evaluación de la Satisfacción del Usuario Externo.	Informe	1							1	5000							S/5,000.00
	Información para la promoción de la Cultura de Mejora Continua de la Calidad	Informe técnico de la medición de la satisfacción del usuario externo en consulta externa, hospitalización y emergencia.	Informe	1						1	3000							S/12,000.00		
			Seguimiento del cumplimiento de recomendaciones post medición de la satisfacción del usuario externo en consulta externa, hospitalización y emergencia.	Informe								1	4000							S/8,000.00

