



# HOSPITAL DE EMERGENCIAS “JOSÉ CASIMIRO ULLOA”



## DOCUMENTO TÉCNICO:

### PLAN DE TRABAJO DE LA OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD 2022

RUBRO	A CARGO DE	VB°	FECHA
Elaboración	Oficina de Gestión de la Calidad		
Revisión	Oficina de Planeamiento y Modernización		
Aprobación	Dirección General.		



# DOCUMENTO TÉCNICO: “PLAN DE TRABAJO DE LA OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD”

## 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.....10
  - 6.3. Articulación estratégica con los objetivos y acciones del pei.....11
    - 6.3.1 Analisis FODA.....12
  - 6.4. Actividades por objetivos.....12
    - 6.4.2 Costeo de las Actividades por tarea.....16
    - 6.4.3.Cronograma de actividades.....16
    - 6.4.4.Responsables para el desarrollo de cada actividad.....27
  - 6.5. Presupuesto.....31
  - 6.6. Financiamiento.....31
  - 6.7. Acciones de Monitoreo, Supervisión y Evaluación del Plan.....31
    - 6.7.1.Periodo de ejecución:.....31
    - 6.7.2.Matriz de Indicadores:.....32
- VII. RESPONSABILIDADES.....33
- VIII. ANEXOS.....34
- IX BIBLIOGRAFIA .....43







## PLAN DE TRABAJO DE LA OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD

### 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 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.

En la 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:**

- 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

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. Objetivo General

Fortalecer el proceso de Auditoría de la Calidad como una herramienta que garantice la mejora continua de la calidad en los procesos de atención asistenciales y administrativos, con la participación de todo el personal que labora 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.





#### IV. ÁMBITO DE APLICACIÓN.

El Plan Operativo Anual de Gestión de la Calidad 2022 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° 27657 "Ley del Ministerio de Salud".
- Ley N° 29414 Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los Servicios de Salud.
- Decreto Supremo N° 013-2006-SA que aprueba el Reglamento de Establecimientos de Salud de Servicios Médicos de Apoyo.
- RM N° 519-2006/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud".
- RM N° 676-2006/MINSA Plan Nacional de Seguridad del Paciente 2006-2008.
- RM N° 596-2007/MINSA que aprueba el Plan Nacional de Gestión de la Calidad en Salud.
- RM N° 456-2007/MINSA que aprueba la NT N° 050-MINSA/DGSP-V.02: Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y SS Médicos de Apoyo.
- RM N° 270 – 2009 MINSA Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos y Servicios Médicos de Apoyo
- RM N° 727-2009/MINSA que aprueba la Política Nacional de Calidad en Salud.
- RM N° 1021-2010/MINSA, que aprueba la Guía Técnica de Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.
- RM N° 527-2011/MINSA que aprueba la Guía Técnica para la Evaluación de la Satisfacción del Usuario Externo en los Establecimientos y Servicios Médicos de Apoyo
- RM N° 095-2012/MINSA que aprueba la Guía para la Elaboración de Proyectos de Mejora y la Aplicación de Técnicas y Herramientas para la Gestión de la Calidad.







- RM N° 692-2012/MINSA, declara la cuarta semana de setiembre de cada año como la “Semana de la Calidad en Salud”.
- 16. Decreto Legislativo N° 1161- Decreto que aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud – 2013.
- RM N° 168-2015/MINSA que aprueba el Documento Técnico Lineamientos para la vigilancia, prevención y control de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud.
- RM N°502-2016/MINSA que aprueba la Norma Técnica de Salud N° 029-MINSA/DIGEPRES-V.02 “Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud”
- RM N° 255-2016/MINSA, que aprueba la “Guía Técnica para la Implementación del Proceso de Higiene de Manos en los Establecimientos de Salud”.
- RJ 631-2016/IGSS (15 set. 2016), que aprueba la Directiva Sanitaria N° 005-SS/V.01 Sistema de Registro y Notificación de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinela
- DS. N° 008-2017-SA que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- RM N° 704-2017/MINSA del 22 de agosto 2017 que aprueba el Cuadro para Asignación de Personal Provisional de La Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Centro.
- RM N° 896-2017/MINSA del 11 de octubre 2017 que crea la Unidad Funcional de Gestión de la Calidad en Salud y sus funciones.
- RM N° 945-2017/MINSA: Modificatoria de la RM N° 896-2017, donde la Unidad Funcional de Gestión de la Calidad en Salud depende del Viceministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud.
- Resolución Ministerial N° 467-2017-MINSA, de fecha 16 de junio del 2017, que aprueba el “Manual de Operaciones de las Direcciones de Redes Integradas de Salud de Lima Metropolitana y su modificatoria con Resolución Ministerial N°523-2017/MINSA.
- R.D. N° 396-DG-DIRIS-LC-2018, que aprueba provisionalmente el Manual de Funciones de las Direcciones y Oficinas de La Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Centro.





- RM N° 160 – 2020 MINSA que aprueba la Directiva Sanitaria N° 92 MINSA/2020/DGAIN Directiva Sanitaria de Rondas de Seguridad del Paciente para la gestión del riesgo de la atención en Salud.
- RD N° 276 – 2020 – DG –DIRIS – LC que aprueba el Plan de Acciones Presenciales y Remotas en
- Gestión de la Calidad durante la Pandemia por el COVID 19.
- RD N.º 049 -2021 -DG-DIRIS-LC que aprueba el Plan de Trabajo en Gestión de la Calidad 2021 de la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Centro
- Resolución Directoral N° 248-2021-DG-DIRIS-LC que aprueba el Plan de Notificación de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinela 2021 de la DIRIS LC
- Resolución Directoral N° 249-2021-DG-DIRIS-LC, que aprueba el Plan de Autoevaluación 2021 de la DIRIS – LC
- Resolución Directoral N° 250 -2021-DG-DIRIS-LC, que aprueba el Plan de la Implementación de la Higiene de Manos 2021 de la DIRIS LC.
- R.M. N° 090-2022/MINSA, que aprueba la D.A. N°326-MINSA/OGPPM-2022, Directiva Administrativa para la Formulación, Seguimiento y Evaluación de los Planes Específicos en el Ministerio de Salud.

## 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.

Los problemas identificados en referencia a la gestión de la calidad son los siguientes:

- 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.





**6.3. Articulación estratégica con los objetivos y acciones del PEI.****Articulación estratégica con los objetivos y acciones del POI.****6.3.1. Realizar análisis FODA**

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







### 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
<b>IMPLEMENTAR EL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD</b>	Elaboración del Plan de Gestión de la Calidad.	Plan elaborado	1	Oficina de Gestión de la Calidad
	Aprobación del Plan de Gestión de la Calidad	Resolución Directoral	1	Dirección General
	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
<b>IMPLEMENTAR EL PLAN DE AUDITORIA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN</b>	Elaboración del plan anual de auditoría de la calidad de atención.	Plan elaborado	1	Oficina de Gestión de la Calidad
	Aprobación del plan anual de auditoría de la calidad de atención.	Resolución Directoral	1	Dirección General
	Actualizar el Comité de Auditoría Médica	Resolución Directoral	1	Dirección General
	Actualizar el Comité de Auditoría en Salud.	Resolución Directoral	1	Dirección General
	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
	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 auditoría de la calidad de atención en salud: Difusión de las Normas Técnicas.	Persona Capacitada	50	Oficina de Gestión de la Calidad
<b>IMPLEMENTAR EL PLAN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>	Elaboración del plan anual de seguridad del Paciente.	Plan elaborado	1	Oficina de Gestión de la Calidad
	Aprobación del plan anual de seguridad del paciente.	Resolución Directoral	1	Dirección General
	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
	Actualización y Aprobación del equipo de Rondas de Seguridad del	Resolución Directoral	1	Dirección General
	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
<b>IMPLEMENTAR EL PLAN DE AUTOEVALUACION</b>	Elaboración del plan de autoevaluación	Plan elaborado	1	Oficina de Gestión de la Calidad
	Aprobación del plan de autoevaluación	Resolución Directoral	1	Dirección General
	Actualización y conformación del equipo de evaluadores internos para la autoevaluación.	Resolución Directoral	1	Dirección General
	Actualización y conformación del equipo de Acreditación del HEJCU.	Resolución Directoral	1	Dirección General
	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		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
<b>PROMOVER LA MEJORA CONTINUA</b>	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
<b>PROMOVER LA PLATAFORMA DE ATENCION AL USUARIO EN SALUD.</b>	Atención directa al usuario en la plataforma de atención al usuario.	Atención Directa	12	Responsables del PAUS
	Elaboración de reportes de las atenciones del PAUS	Informe	12	Responsables del PAUS
	Elaboración de reportes de los reclamos consignados en el libro de reclamaciones en salud.	Informe	4	Responsables del 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







<b>EVALUAR LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO</b>	Elaboración del Plan de Evaluación de la Satisfacción del Usuario Externo.	Plan elaborado	1	Oficina de Gestión de la Calidad
	Aprobación del Plan de Evaluación de la Satisfacción del Usuario Externo.	Resolución Directoral	1	Dirección General
	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	Total Presupuesto (S/.)
<b>IMPLEMENTAR EL SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD</b>	Elaboración del Plan de Gestión de la Calidad.	S/ 3,000.00
	Aprobación 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
<b>IMPLEMENTAR EL PLAN DE AUDITORIA DE LA CALIDAD DE ATENCION</b>	Elaboración del plan anual de auditoria de la calidad de atención.	S/ 1,000.00
	Aprobación del plan anual de auditoria de la calidad de atención.	S/ 1,000.00
	Actualizar el Comité de Auditoria Médica	S/ 1,250.00
	Actualizar el Comité de Auditoria en Salud.	S/ 1,250.00
	Capacitación dirigida al personal asistencial sobre auditoria de la calidad de la atención.	S/ 1,000.00
	Realización de Auditoria de la calidad del registro de la historia clínica en las UPSS de Emergencia y Hospitalización.	S/ 6,000.00
	Consolidado semestral de las auditorias de la calidad de registral de la historia clínica en Emergencia y Hospitalización ejecutadas.	S/ 6,000.00
	Seguimiento del cumplimiento de las recomendaciones de la evaluación de las auditorias de la calidad de registro.	S/ 5,000.00
	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.	S/ 10,000.00
	Informe de la realización de las auditorias de caso a solicitud	S/ 8,000.00
	Informe de la realización de la auditoria de la calidad de atención programada.	S/ 6,000.00
	Consolidado semestral de las auditorias 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 auditorias de calidad de la atención programada.	S/ 4,000.00
	Capacitación a los comités de auditoria de la calidad de la atención.	S/ 2,000.00
	Consolidad 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 auditoria de la calidad de atención en salud: Difusión de las Normas Técnicas.	S/ 1,000.00	







<b>IMPLEMENTAR EL PLAN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>	Elaboración del plan anual de seguridad del Paciente.	S/ 3,000.00
	Aprobación 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
	Actualización y Aprobación del equipo de Rondas de Seguridad del	S/ 4,000.00
	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
	Monitoreo de la implementación y adherencia del proceso de higiene de lavado de manos.	S/ 6,000.00
<b>IMPLEMENTAR EL PLAN DE AUTOEVALUACION</b>	Elaboración del plan de autoevaluación	S/ 3,000.00
	Aprobación del plan de autoevaluación	S/ 3,000.00
	Actualización y conformación del equipo de evaluadores internos para la autoevaluación.	S/ 6,000.00
	Actualización y conformación del equipo de Acreditación del HEJCU.	S/ 6,000.00
	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







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
PROMOVER LA PLATAFORMA DE ATENCION AL USUARIO EN SALUD.	Atención directa al usuario en la plataforma de atención al usuario.	S/ 4,000.00
	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
	Aprobación 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
		<b>S/ 302,500.00</b>







6.4.3. Cronograma de actividades

FORMATO 1: "MATRIZ DE PROGRAMACION DE METAS FISICAS Y PRESUPUESTALES

Estructura Operativa																
Unidad Orgánica: Oficina de Gestión de la Calidad.																
Estructura programada del presupuesto																
Objetivo General del Plan: Fortalecer el proceso de Auditoría de la Calidad como una herramienta que garantice la mejora continua de la calidad en los procesos de atención asistenciales y administrativos, con la participación de todo el personal que labora en el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa.																
Objetivos Específicos	Actividad Operativa	Unidad de Medida	PROGRAMACIÓN DE METAS FISICAS				Categoría Presupuestal	Producto	Actividad presupuestal	Genérica de gasto	PROGRAMACIÓN PRESUPUESTAL (\$/.)				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	x									S/ 3,000.00				Oficina de Gestión de la Calidad
	Aprobación del Plan de Gestión de la Calidad	Resolución Directoral	x									S/ 3,000.00				Dirección General
	Monitorización del avance del Plan de Gestión de Calidad	Informe		x	x	x						S/ 2,000.00	S/ 2,000.00	S/ 2,000.00		Oficina de Gestión de la Calidad
	Evaluación de indicadores de calidad	Informe		x	x	x						S/ 2,000.00	S/ 2,000.00	S/ 2,000.00		Oficina de Gestión de la Calidad
	Elaboración del plan anual de auditoría de la calidad de atención.	Plan elaborado		x								S/ 1,000.00				Oficina de Gestión de la Calidad
IMPLEMENTAR EL PLAN DE AUDITORIA DE LA CALIDAD DE LA ATENCION	Aprobación del plan anual de auditoría de la calidad de atención.	Resolución Directoral	x									S/ 1,000.00				Dirección General
	Actualizar el Comité de Auditoría Médica	Resolución Directoral	x									S/ 1,000.00				Dirección General
	Actualizar el Comité de Auditoría en Salud.	Resolución Directoral	x									S/ 1,250.00				Dirección General
	Capacitación dirigida al personal asistencial sobre auditoría de la calidad de la atención.	Persona Capacitada		x										S/ 1,000.00		Oficina de Gestión de la Calidad
	Realización de Auditoría de la calidad del registro de la historia clínica en las UFSS de Emergencia y Hospitalización.	Informe		x		x								S/ 3,000.00	S/ 30,000.00	Oficina de Gestión de la Calidad





PERÚ

Ministerio de Salud

Viceministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud

Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa

Oficina de Gestión de la Calidad

Consolidado semestral de las auditorías de la calidad de registral de la historia clínica en Emergencia y Hospitalización ejecutadas.	Informe	x	x	x	2												S/ 3,000.00	S/ 30,000.00	S/ 6,000.00	Oficina de Gestión de la Calidad	
Seguimiento del cumplimiento de las recomendaciones de la evaluación de las auditorías de la calidad de registro.	Informe	x	x		1													S/ 5,000.00	S/ 5,000.00	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 cumplimiento de las acciones de mejora.	Informe	x	x	x	2													S/ 5,000.00	S/ 10,000.00	Oficina de Gestión de la Calidad	
Informe de la realización de las auditorías de caso a solicitud	Informe	x			2													S/ 4,000.00	S/ 8,000.00	Oficina de Gestión de la Calidad	
Informe de la realización de la auditoría de la calidad de atención programada.	Informe	x	x		2													S/ 3,000.00	S/ 6,000.00	Oficina de Gestión de la Calidad	
Consolidado semestral de las auditorías de la calidad de atención (caso y programadas: paciente de larga estancia y recuperado)	Informe				1														S/ 3,000.00	S/ 3,000.00	Oficina de Gestión de la Calidad









<b>IMPLEMENTAR EL PLAN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>													Elaboración del plan anual de seguridad del Paciente.	Plan elaborado	x										S/ 3,000.00	Oficina de Gestión de la Calidad	
													Aprobación del plan anual de seguridad del paciente.	Resolución Directoral	x											S/ 3,000.00	Dirección General
													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	x											S/ 1,000.00	Oficina de Gestión de la Calidad
													Consolidación de registro, notificación y análisis de eventos adversos.	Informe		x										S/ 2,500.00	Oficina de Gestión de la Calidad
													Realizar el análisis del evento adverso según protocolo de Londres.	Informe	x	x	x									S/ 5,000.00	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		x										S/ 1,000.00	Oficina de Gestión de la Calidad
													Aplicación de la encuesta para evaluar la implementación de la Lista de Verificación de Seguridad en la Cirugía (LVSC).	Encuesta	x											S/ 2,000.00	Oficina de Gestión de la Calidad
																										S/ 2,000.00	
																										S/ 2,000.00	
																										S/ 2,000.00	







Informe de la encuesta aplicada de la implementación Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía (LVSC)	X	X	X	X	X													S/ 1500.00	S/ 1500.00	S/ 1500.00	S/ 1500.00	S/ 6,000.00	Oficina de Gestión de la Calidad
Actualización y Aprobación del equipo de Rondas de Seguridad del	X																	S/ 4,000.00				S/ 4,000.00	Dirección General
Programación de Rondas de Seguridad	X																	S/ 1,000.00				S/ 1,000.00	Oficina de Gestión de la Calidad
Informe de los resultados de las Rondas de Seguridad del Paciente ejecutadas mensualmente.	X	X	X	X	X													S/ 2,500.00	S/ 2,500.00	S/ 2,500.00	S/ 10,000.00	S/ 10,000.00	Oficina de Gestión de la Calidad
Consolidado trimestral de las Rondas de Seguridad del Paciente ejecutadas	X	X	X	X	X													S/ 2,500.00	S/ 2,500.00	S/ 2,500.00	S/ 10,000.00	S/ 10,000.00	Oficina de Gestión de la Calidad
Seguimiento del cumplimiento de las acciones de mejora post Rondas de Seguridad del Paciente ejecutadas	X	X	X	X	X													S/ 2,500.00	S/ 2,500.00	S/ 2,500.00	S/ 10,000.00	S/ 10,000.00	Oficina de Gestión de la Calidad
Monitoreo de la implementación y adherencia del proceso de higiene de lavado de manos.	X	X	X	X	X													S/ 4,000.00	S/ 4,000.00	S/ 4,000.00	S/ 16,000.00	S/ 16,000.00	Oficina de Gestión de la Calidad
	X	X	X	X	X													S/ 1,500.00	S/ 1,500.00	S/ 1,500.00	S/ 6,000.00	S/ 6,000.00	Oficina de Gestión de la Calidad













**6.4.4. Responsables para el desarrollo de cada actividad**

Unidad Orgánica: Oficina de Gestión de la Calidad.		
Objetivos Específicos	Actividad Operativa	Responsable
<b>IMPLEMENTAR EL SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD</b>	Elaboración del Plan de Gestión de la Calidad.	Oficina de Gestión de la Calidad
	Aprobación del Plan de Gestión de la Calidad	Dirección General
	Monitorización del avance del Plan de Gestión de Calidad	Oficina de Gestión de la Calidad
	Evaluación de indicadores de calidad	Oficina de Gestión de la Calidad
<b>IMPLEMENTAR EL PLAN DE AUDITORIA DE LA CALIDAD DE ATENCION</b>	Elaboración del plan anual de auditoría de la calidad de atención.	Oficina de Gestión de la Calidad
	Aprobación del plan anual de auditoría de la calidad de atención.	Dirección General
	Actualizar el Comité de Auditoría Médica	Dirección General
	Actualizar el Comité de Auditoría en Salud.	Dirección General
	Capacitación dirigida al personal asistencial sobre auditoría de la calidad de la atención.	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.	Oficina de Gestión de la Calidad
	Consolidado semestral de las auditorías de la calidad de registrar de la historia clínica en Emergencia y Hospitalización ejecutadas.	Oficina de Gestión de la Calidad
	Seguimiento del cumplimiento de las recomendaciones de la evaluación de las auditorías de la calidad de registro.	Oficina de Gestión de la Calidad
	Reporte semestral del consolidado de las auditorías de la calidad de registro de la historia clínico en emergencia y hospitalización ejecutadas y su respectivo cumplimiento de las acciones de mejora.	Oficina de Gestión de la Calidad
	Informe de la realización de las auditorías de caso a solicitud	Oficina de Gestión de la Calidad
	Informe de la realización de la auditoría de la calidad de atención programada.	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)	Oficina de Gestión de la Calidad
	Seguimiento del cumplimiento de las recomendaciones basadas en las auditorías de calidad de la atención programada.	Oficina de Gestión de la Calidad







	Capacitación a los comités de auditoría de la calidad de la atención.	Oficina de Gestión de la Calidad
	Consolidar el listado de Guías de Práctica Clínica y de Procedimientos Asistenciales vigentes (de los últimos 3 años)	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.	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.	Oficina de Gestión de la Calidad
	Fortalecimiento de las competencias en auditoría de la calidad de atención en salud: Difusión de las Normas Técnicas.	Oficina de Gestión de la Calidad
<b>IMPLEMENTAR EL PLAN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>	Elaboración del plan anual de seguridad del Paciente.	Oficina de Gestión de la Calidad
	Aprobación del plan anual de seguridad del paciente.	Dirección General
	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.	Oficina de Gestión de la Calidad
	Consolidación de registro, notificación y análisis de eventos adversos.	Oficina de Gestión de la Calidad
	Realizar el análisis del evento adverso según protocolo de Londres.	Oficina de Gestión de la Calidad
	Capacitación de la Aplicación de la Lista de Verificación de Seguridad en la Cirugía en los Centros Quirúrgicos.	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).	Oficina de Gestión de la Calidad
	Informe de la encuesta aplicada de la implementación Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía (LVSC)	Oficina de Gestión de la Calidad
	Actualización y Aprobación del equipo de Rondas de Seguridad del	Dirección General
	Programación de Rondas de Seguridad	Oficina de Gestión de la Calidad
	Informe de los resultados de las Rondas de Seguridad del Paciente ejecutadas mensualmente.	Oficina de Gestión de la Calidad
	Consolidado trimestral de las Rondas de Seguridad del Paciente ejecutadas	Oficina de Gestión de la Calidad
	Seguimiento del cumplimiento de las acciones de mejora post Rondas de Seguridad del Paciente ejecutadas	Oficina de Gestión de la Calidad
	Monitoreo de la implementación y adherencia del proceso de higiene de lavado de manos.	Oficina de Gestión de la Calidad







<b>IMPLEMENTAR EL PLAN DE AUTOEVALUACION</b>	Elaboración del plan de autoevaluación	Oficina de Gestión de la Calidad
	Aprobación del plan de autoevaluación	Dirección General
	Actualización y conformación del equipo de evaluadores internos para la autoevaluación.	Dirección General
	Actualización y conformación del equipo de Acreditación del HEJCU.	Dirección General
	Capacitación dirigida al equipo de evaluadores internos y al equipo de acreditación en norma técnica de acreditación.	Oficina de Gestión de la Calidad
	Planificar el proceso de autoevaluación para la acreditación hospitalaria	Oficina de Gestión de la Calidad
	Comunicación oficial del inicio de autoevaluación	Oficina de Gestión de la Calidad
	Presentación del informe técnico de autoevaluación para la acreditación.	Oficina de Gestión de la Calidad
	Seguimiento del cumplimiento de recomendaciones en base a los resultados del proceso de autoevaluación.	Oficina de Gestión de la Calidad
<b>PROMOVER LA MEJORA CONTINUA</b>	Capacitación en proyectos de mejora continua de la calidad dirigido al personal de salud.	Oficina de Gestión de la Calidad
	Actualización y conformación del Equipo de Mejora Continua.	Oficina de Gestión de la Calidad
	Planificación de Proyecto de Mejora	Oficina de Gestión de la Calidad
	Elaboración de un proyecto de Mejora	Oficina de Gestión de la Calidad
<b>PROMOVER LA PLATAFORMA DE ATENCION AL USUARIO EN SALUD.</b>	Atención directa al usuario en la plataforma de atención al usuario.	Responsables del PAUS
	Elaboración de reportes de las atenciones del PAUS	Responsables del PAUS
	Elaboración de reportes de los reclamos consignados en el libro de reclamaciones en salud.	Responsables del PAUS
	Capacitación a los trabajadores en referencia a los derechos del paciente y el proceso de atención de los reclamos.	Oficina de Gestión de la Calidad
	Difusión de los derechos y deberes de los pacientes que acuden al hospital (Folletos y Comunicación verbal).	Oficina de Gestión de la Calidad
	Implementación del libro de reclamaciones virtual.	Oficina de Gestión de la Calidad





<b>EVALUAR LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO</b>	Elaboración del Plan de Evaluación de la Satisfacción del Usuario Externo.	Oficina de Gestión de la Calidad
	Aprobación del Plan de Evaluación de la Satisfacción del Usuario Externo.	Dirección General
	Medición de satisfacción del usuario externo (Consulta externa, emergencia y hospitalización).	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.	Oficina de Gestión de la Calidad





**6.5. Presupuesto**

Objetivos Específicos	Presupuesto
IMPLEMENTAR EL SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD	S/18,000.00
IMPLEMENTAR EL PLAN DE AUDITORIA DE LA CALIDAD DE ATENCION	S/73,500.00
IMPLEMENTAR EL PLAN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	S/71,000.00
IMPLEMENTAR EL PLAN DE AUTOEVALUACION	S/47,000.00
PROMOVER LA MEJORA CONTINUA	S/25,000.00
PROMOVER LA PLATAFORMA DE ATENCION AL USUARIO EN SALUD.	S/43,000.00
EVALUAR LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO	S/25,000.00
<b>TOTAL DE PRESUPUESTO</b>	<b>S/302,500.00</b>

**6.6. Financiamiento**

El financiamiento del siguiente plan estará dado por el 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 de ejecutará desde el 01 de enero hasta el 31 de diciembre del año 2022.





### 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 ESPERADO	PERIODICIDAD	RESPONSABLE
Porcentaje de ups que hacen uso de indicadores	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de unidades orgánicas que hacen uso de indicadores}}{\text{N}^\circ \text{ total de unidades orgánicas en el HE CU}} \times 100$	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.

- Oficina de Gestión de la Calidad: tiene la responsabilidad de dar cumplimiento al Plan Anual y su posterior monitoreo permanente.
- Jefes de Departamentos asistenciales y Oficinas administrativas: tienen la responsabilidad de implementar las actividades que le corresponden y remitir la información respectiva solicitada por la Oficina de Gestión de la Calidad.
- Comités y Equipos conformados: tienen la responsabilidad de remitir la información respectiva solicitada por la Oficina de Gestión de la Calidad.
- Personal asistencial y administrativo: tiene la responsabilidad de cumplir con lo estipulado en los planes.





VIII. ANEXOS.

Anexo 1 MATRIZ DE PROGRAMACIÓN PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD 2022.

ACTIVIDAD	Meta	Cronograma														
		Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Setiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre			
<b>IMPLEMENTAR EL SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD</b>																
Elaboración del Plan de Gestión de la Calidad.	1				X											
Aprobación del Plan de Gestión de la Calidad	1															
Monitorización del avance del Plan de Gestión de Calidad	3				X								X			
Evaluación de indicadores de calidad	3				X								X			
<b>ACTIVIDAD</b>	<b>Meta</b>	<b>Cronograma</b>														
<b>IMPLEMENTAR EL PLAN DE AUDITORIA DE LA CALIDAD DE ATENCION</b>																
Elaboración del plan anual de auditoria de la calidad de atención.	1			X												
Aprobación del plan anual de auditoria de la calidad de atención.	1			X												













PERÚ

Ministerio de Salud

Viceministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud

Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa

Oficina de Gestión de la Calidad

ACTIVIDAD	Meta	Cronograma												
		Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Setiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	
<b>IMPLEMENTAR EL PLAN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>														
Elaboración del plan anual de seguridad del Paciente.	1		x											
Aprobación 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	
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	









ACTIVIDAD	Meta	Cronograma												
		Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Setiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	
<b>IMPLEMENTAR EL PLAN DE AUTOEVALUACION</b>														
Elaboración del plan de autoevaluación	1			X										
Aprobación del plan de autoevaluación	1			X										
Actualización y conformación del equipo de evaluadores internos para la autoevaluación.	1			X										
Actualización y conformación del equipo de Acreditación del HEJCU.	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									
Comunicación oficial del inicio de autoevaluación	1											X	X	





PERÚ

Ministerio de Salud

Viceministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud

Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa

Oficina de Gestión de la Calidad

ACTIVIDAD	Meta	Cronograma													
		Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Setiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre		
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
<b>PROMOVER LA MEJORA CONTINUA</b>															
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			







PERÚ

Ministerio de Salud

Viceministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud

Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa

Oficina de Gestión de la Calidad

ACTIVIDAD	Meta	Cronograma												
		Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Setiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	
<b>PROMOVER LA PLATAFORMA DE ATENCION AL USUARIO EN SALUD.</b>														
Atención directa al usuario en la plataforma de atención al usuario.	12	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Elaboración de reportes de las atenciones del PAUS	12	x	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										
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	
Implementación del libro de reclamaciones virtual.	1													X





PERÚ

Ministerio de Salud

Viceministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud

Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa

Oficina de Gestión de la Calidad

ACTIVIDAD	Meta	Cronograma												
		Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Setiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	
<b>EVALUAR LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO</b>														
Elaboración del Plan de Evaluación de la Satisfacción del Usuario Externo.	1			X										
Aprobación 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







## 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 Junio2011). Disponible en: <http://www.mspsi.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/pncalida 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.





PERÚ

Ministerio  
de Salud

Viceministerio  
de Prestaciones y  
Aseguramiento en Salud

Hospital de Emergencias  
José Casimiro Ulloa

Oficina de Gestión  
de la Calidad

- 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.
- 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. SONIA ESCUDERO VIDAL  
Jefe de la Oficina Gestión de la Calidad

