

**MINISTERIO DE SALUD
VICEMINISTERIO DE PRESTACIONES
Y ASEGURAMIENTO EN SALUD
HOSPITAL DE EMERGENCIAS
JOSE CASIMIRO ULLOA**

Nº 081 -2021-DG-HEJCU



Resolución Directoral

Miraflores, 26 de marzo de 2021.

VISTO:

El Expediente Nº 21-002946-001 que contiene el Informe Nº 020-2021-OGC-HEJCU elaborado por la Oficina de Gestión de la Calidad, el Informe Nº 038-2021-OEPP-HEJCU emitido por la Oficina Ejecutiva de Planeamiento y Presupuesto adjuntando el Informe Nº 013-2021-EP-OEPP-HEJCU elaborado por el Coordinador del Equipo de Planeamiento de la citada oficina del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa; y,

CONSIDERANDO:

Que, en virtud de lo dispuesto en el numeral VI del Título Preliminar de la Ley Nº 26842 – Ley General de Salud, establece que 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, por medio de Decreto Supremo Nº 013-2006-SA, se aprobó el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo la cual tiene por objetivo establecer los requisitos y condiciones para la operación y funcionamiento de los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, orientados a garantizar la calidad de sus prestaciones, así como los mecanismos para la verificación, control y evaluación de su cumplimiento.

Que, con Resolución Ministerial Nº 519-2006-MINSA, se aprobó el documento técnico del "Sistema de Gestión en Salud", cuyo objetivo es establecer los principios, normas, metodologías y procesos para la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, orientado a obtener resultados para la mejora de la calidad de atención en los servicios de salud.

Que, a través de la Resolución Ministerial Nº 596-2007-MINSA, se aprobó el "Plan Nacional de Gestión de la Calidad en Salud", el cual fortalece los procesos de monitoreo, supervisión y evaluación comparativa de los servicios de salud, aplicando los instrumentos de gestión de mejora continua para la atención a los usuarios en los establecimientos de salud.

Que, mediante Resolución Ministerial Nº 727-2009-MINSA, se aprobó el documento técnico "Política Nacional de la Calidad en Salud", el cual establece el desarrollo de las intervenciones destinada a mejorar la calidad de la atención en el sistema de salud del Perú.

Que, mediante la Resolución Ministerial Nº 095-2012-MINSA se aprobó la "Guía para la Elaboración de Proyectos de Mejora y la Aplicación de Técnicas y Herramientas para la Gestión de la Calidad", cuya finalidad es contribuir a la implementación del sistema de gestión de la calidad en salud y herramientas para la gestión de la calidad.

Que, mediante Resolución Ministerial Nº 850-2016/MINSA, se aprobó la Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud, el cual tiene como objetivo establecer



disposiciones relacionadas con los procesos de planificación, formulación o actualización aprobación, difusión, implementación y evaluación de los documentos normativos, así como estandarizar los elementos conceptuales, estructurales y metodológicos y explícitos para la emisión de los documentos normativos, también para brindar a las instancias reguladoras del Ministerio de Salud una herramienta que facilite el desarrollo de las funciones normativas.

Que, mediante Resolución Ministerial N° 767-2006-MINSA se aprobó el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, el cual en su inciso c) artículo 17 establece que la Oficina de Gestión de la Calidad implementa estrategias, metodología e instrumentos de calidad y mejora continua de los servicios.

Que, la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad, a través del Informe N° 020-2021-OGC-HEJCU, de fecha 03 de marzo de 2021, remite debidamente visado, el proyecto de Plan Operativo Anual de Gestión de la Calidad en Salud del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa 2021 para su aprobación mediante acto resolutivo.

Que, el Plan Operativo Anual de Gestión de la Calidad en Salud del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa 2021 tiene como finalidad mejorar la calidad de atención y la satisfacción de los usuarios internos y externos del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa.

Que, mediante Informe N° 038-2021-OEPP-HEJCU, de fecha 10 de marzo de 2021, la Directora Ejecutiva de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento y Presupuesto remite el Informe N° 013-2021-EP-OEPP-HEJCU elaborado por el Coordinador del Equipo de Planeamiento de la citada oficina, quien, a su vez, emite opinión favorable respecto del Plan Operativo Anual de Gestión de la Calidad en Salud del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa 2021, recomendado la aprobación del citado plan; Asimismo, informa que el citado plan estará sujeto a disponibilidad presupuestal.

Que, en ese sentido, resulta necesario aprobar el "Plan Operativo Anual de Gestión de la Calidad en Salud del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa 2021".

Estando a lo señalado en los párrafos precedentes y 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 del Jefe 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 por Resolución Ministerial N° 767-2006/MINSA y la Resolución Viceministerial N°001-2020-SA/DVMPAS.

En uso de sus atribuciones y facultades conferidas;

SE RESUELVE:

ARTÍCULO 1.- APROBAR el "Plan Operativo Anual de Gestión de la Calidad en Salud del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa 2021", el mismo que, como anexo, forma parte integrante de la presente resolución.

ARTÍCULO 2.- DISPONER que los gastos que ocasione el precitado plan aprobado estarán sujetos a disponibilidad presupuestal.

ARTICULO 3.- ENCARGAR a la Jefatura de la Oficina de Gestión de la Calidad la ejecución de las acciones correspondientes para la difusión, implementación, aplicación y supervisión del citado plan.

ARTICULO 4.- ENCARGAR a la Oficina de Comunicaciones la publicación de la presente resolución en el portal *web* institucional de la entidad (www.hejcu.gob.pe).

Regístrese, comuníquese y cúmplase

LPE/SEEV/MRIA/LCD/ysm
Distribución:

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

MINISTERIO DE SALUD
Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa"

Dr. LUIS JULIO PANCORVO ESCALA
Director General (e)
CMP. 9633 RNE. 2547



Hospital de Emergencias “José Casimiro Ulloa”



Plan Operativo Anual de Gestión de la Calidad en Salud del HEJCU



Oficina de Gestión de la Calidad

2021



ÍNDICE

	Página:
I. INTRODUCCIÓN	2
II. FINALIDAD	4
III. OBJETIVOS.....	4
IV. BASE LEGAL	7
V. AMBITO DE APLICACIÓN	10
VI. CONTENIDO	10
VII. RESPONSABILIDADES.....	13
VIII. ANEXOS.....	13
IX. BIBLIOGRAFIA.....	16

A



PLAN OPERATIVO ANUAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD

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.

(Handwritten mark)



- ✓ 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.

A



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

- Fortalecer el nivel de calidad y oportunidad de las atenciones de emergencia y urgencia elevando el nivel de satisfacción del usuario.
- Desarrollar una gestión eficaz, actualizable, participativa y con comunicación activa en todos los niveles del hospital.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar la percepción del usuario sobre los servicios y Calidad de Atención del Hospital.
- Garantizar la Calidad de la Atención del Usuario Externo.
- Implementar el Sistema de Gestión de la Calidad
- Fortalecer competencias técnicas en gestión de la calidad de los usuarios internos.

3.3 OBJETIVOS ESTRATEGICOS.

3.3.1 GESTION DE PROCESOS PARA LA CERTIFICACIÓN/ACREDITACIÓN

- Fortalecer competencias en el Proceso de Evaluación Integral de la Calidad para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- Fortalecer competencias en Gestión por Procesos y Costos
- Desarrollar el Proceso de Acreditación / Certificación Institucional
- Contar con Procesos normalizados y eficientes que respondan a las necesidades del usuario externo y acompañante
- Contar con Procesos normalizados y eficientes que respondan a las necesidades Institucionales.
- Fortalecer en Mejora Continua de la Calidad (Proyectos de MCC).
- Fortalecer competencias en Mejora Continua de la Calidad. (Proyectos de MCC).
- Promover una Cultura por la Mejora Continua de la Calidad C15:Q15
- Optimizar y Mejorar Procesos Críticos (Desarrollo de Proyectos de MCC).

A



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

3.4 GESTIÓN DE LAS RELACIONES CON EL USUARIO EXTERNO

- Fortalecer competencias en Promoción y Protección del Derecho de las Personas
- Fortalecer competencias en Humanización de la Atención en Salud
- Fortalecer el Sistema de Orientación- Absolución de Reclamos
- Supervisar la implementación del Proceso de Promoción y Protección del Derecho que involucre la participación de la Familia y la Comunidad
- Gestión para la satisfacción del usuario externo.
- Promover la Participación y Corresponsabilidad en el Cuidado de la Salud (Ciudadano, Familia , Comunidad, Actores /Autoridades Locales
- Fortalecer la Imagen Institucional del hospital respecto a la Calidad de Atención y el respeto por los Derechos de las Personas.

3.5 GESTIÓN DEL RIESGO Y LAS BUENAS PRÁCTICAS EN SEGURIDAD DEL PACIENTE

- Fortalecer competencias en Buenas Prácticas de Atención y Gestión del Riesgo
- Fortalecer el Sistema de Registro- Notificación - Análisis y Mejora del incidente y Evento Adverso
- Promover una Cultura basada en el aprendizaje del error - Cultura de Seguridad
- Promover Buenas Prácticas de Atención por la Seguridad del Paciente
- (Objetivos Internacionales en Seguridad del Paciente).
- Implementar el Proceso de Aprendizaje del Error (Rondas de Seguridad; Identificación-Registro-Notificación-Análisis y Mejora del Incidente y Evento Adverso)
- Fortalecer el Proceso de Análisis de los Eventos Centinela (Intervención Contingencia).
- Contribuir a la Reducción de Riesgos asociados a la prestación, orientados hacia la Acreditación y Certificación de OODD (Seguimiento a Planes de Mitigación de Riesgos).

A



3.6 ORGANIZACIÓN PARA LA CALIDAD Y DERECHOS DE LAS PERSONAS

- Fortalecer la Organización de la Calidad en el IGSS y OODD
- Promover condiciones del ambiente de trabajo adecuados para la gestión de la calidad y derechos de las personas
- Alinear los procesos de gestión de la calidad y derechos de las personas a los Políticas y Lineamientos Sectoriales.

3.7 GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN SANITARIA E INVESTIGACIÓN PARA LA CALIDAD

- Fortalecer el Sistema de Información Gerencial en Gestión de la Calidad y Derechos de las Personas (TIC).
- Fortalecer el Proceso de Toma de Decisiones en Gestión de la Calidad y Derechos de las Personas basado en la Información oportuna en el marco de las prioridades sanitarias.
- Fortalecer el Sistema de Prevención y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud
- Fortalecer la Implementación de prácticas de prevención y control de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud basadas en evidencia.
- Fortalecer el Uso adecuado y seguro de medicamentos, antisépticos, desinfectantes, y mezclas parenterales.





IV.- BASE LEGAL.-

- Ley N° 26842, Ley General de Salud y sus modificatorias.
- Ley N° 27815, Ley del Código de Ética de la Función Pública.
- Decreto Legislativo N° 1504, Decreto Legislativo que fortalece al Instituto Nacional de Salud para la prevención y control de las enfermedades.
- Ley N° 29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud.
- Decreto Legislativo N° 1161, se aprobó la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud y su modificatoria.
- Decreto Supremo N° 013-2006-SA, que aprueba el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- Resolución Ministerial N° 456-2006/MINSA, que aprueba la Norma técnica de Salud para la Acreditación de Establecimiento de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- Resolución Ministerial N° 095-2012-MINSA, que aprueba la Guía Técnica "Guía para la Elaboración de Proyectos de Mejora y la Aplicación de Técnicas y Herramientas para la Gestión de la Calidad".
- Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, que aprueba el documento técnico Sistema de Gestión de la Calidad en Salud.
- Resolución Ministerial N° 596-2007/MINSA, Plan Nacional de Gestión de la Calidad en Salud.
- Resolución Ministerial 589-2007/MINSA que aprueba el Plan Nacional Concertado de Salud.
- R.M. N° 623-2008/MINSA, "Plan para Estudio de Clima Organizacional."
- Resolución Ministerial N° 676-2006/MINSA que aprueba el Documento Técnico "Plan Nacional para la Seguridad del Paciente 2006 – 2008".
- Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, que aprueba la Política Nacional de Calidad en Salud.
- Resolución Ministerial N° 308 – 2010/MINSA que aprueba la Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía.
- Resolución Ministerial N° 1021-2010/MINSA que aprueba la Guía Técnica de implementación de la Lista de chequeo de cirugía Segura.
- Resolución Ministerial 076-2014/MINSA que aprueba la Guía Técnica para la Categorización de Establecimientos del Sector Salud.
- Resolución Ministerial 168-2015/MINSA que aprueba "Lineamientos para la Vigilancia Prevención y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud."





- Resolución Ministerial 302-2015/MINSA que aprueba la NTS 117-Minsa /DGSP-V.01"Norma Técnica de Salud para la Elaboración y Uso de Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud."
- Resolución Ministerial 414-2015/MINSA que aprueba "Metodología para la elaboración de Guías de Práctica Clínica".
- Resolución Ministerial 255-2016/ MINSA. Aprueba Guía Técnica para la Implementación del proceso de Higiene de Manos en los establecimientos de Salud.
- Resolución Secretaria General N° 016-2016 / MINSA aprueba Directiva Administrativa N° 006 "Plataforma de Atención al Usuario en el Instituto de Gestión de Servicios en Salud.
- Resolución Jefatural N° 393-2016/ IGSS. Aprueba la Directiva Sanitaria N° 003-IGSS Rondas de Seguridad y Gestión del Riesgo para la Seguridad del Paciente.
- Resolución Jefatural N° 631-2016 / IGSS. Aprueba la Directiva Sanitaria N° 005-IGSS Sistema de Registro y Notificación de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinelas.
- Resolución Ministerial N° 767-2006 /MINSA. Aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa".
- Resolución Directoral N°295-2017-DG-HEJCU, Aprueba el Manual de Organización y Funciones del HEJCU.
- Resolución Directoral N° 054-2021-DG-HEJCU, que aprueba el Manual de Procesos y Procedimientos de la Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa.
- Resolución Ministerial N° 502-2016/MINSA, "Norma Técnica de la Auditoría de la Calidad de Atención en Salud" Vs.02.
- Resolución Ministerial N° 850-2016/MINSA. Aprueba el documento Normativo "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud"
- Resolución Ministerial N° 214-2018/MINSA. Aprueba NTS N° 139/2018/DGAIN, Norma Técnica en Salud para la Gestión de la Historia Clínica.
- Resolución Directoral N° 044-2019--OGC-HEJCU. Aprueba el Plan Operativo Anual de Gestión de la Calidad y Derecho de las Personas.
- Decreto Supremo N° 002-2019-SA que aprueba el Reglamento para la Gestión de Reclamos y Denuncias de los Usuarios de las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud – IAFAS, Instituciones Prestadoras de Servicios de la Salud –IPRESS y Unidades de Gestión de Instituciones prestadoras de Servicios de Salud – UGIPRESS, públicas, privadas o mixtas.
- Resolución Directoral N°022-2020-DG-HEJCU, Aprueba el Plan Operativo Anual de Gestión de la calidad en salud del HEJCU.





- Resolución Directoral N° 037-2021-DG-HEJCU, que aprueba la conformación del Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa.
- Resolución Directoral N°027-2020-DG-HEJCU, Aprueba Conformación del comité técnico de Calidad y de Seguridad del Paciente del HEJCU.
- Decreto Supremo N° 013-2020-SA, que establece normas reglamentarias para asegurar la continuidad de las acciones en la prevención, control, diagnóstico y tratamiento del coronavirus — COVID19 en el ámbito del Sector Salud.
- Decreto de Urgencia N° 025-2020-SA, que dicta medidas urgentes y excepcionales destinadas a reforzar el Sistema de Vigilancia y Respuesta Sanitaria frente al COVID- 19 en el territorio nacional.
- Decreto de Urgencia N° 035-2020, que establece medidas complementarias para reducir el impacto en la economía nacional, del aislamiento e inmovilización social obligatorio dispuesto en la declaratoria de Estado de Emergencia Nacional decretado frente a las graves circunstancias que afectan la vida de la Nación a consecuencia del brote del COVID -19, así como para reforzar los sistemas de prevención, control, vigilancia y respuesta sanitaria, como consecuencia del mencionado virus.
- Decreto Supremo N° 044-2020-SA, que declara en Estado de Emergencia Nacional por las graves circunstancias que afectan la vida de la nación a consecuencia del Brote del COVID-19 y sus modificatorias.
- Ley N° 31025 Ley que incorpora a la enfermedad causada por el Covid-19 dentro del listado de enfermedades profesionales de los servidores de la salud.
- Resolución Ministerial N°039-2020-MINSA, que aprueba el Documento Técnico: "Plan Nacional de Preparación y Respuesta frente al riesgo de introducción de Coronavirus 2019-nCoV".
- Resolución Ministerial N° 040-2020-MINSA, que aprueba el "Protocolo para la atención de Personas con Sospecha o Infección confirmada por Coronavirus (2019- CoV).
- Resolución Ministerial N°193-2020-MINSA, que aprueba el Documento Técnico: Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de personas afectadas por COVID-19 en el Perú y sus modificatorias
- Resolución Ministerial N°095-2020-MINSA, que aprueba el Documento Técnico: "Plan Nacional de Reforzamiento de los Servicios de Salud y Contención del COVID-19", que forma parte integrante de la presente Resolución Ministerial.
- NTS N°172- MINSA/2021/DGAIN: "Norma Técnica de Salud para la atención de salud ambulatoria, quirúrgica electiva, en hospitalización y servicios médicos de apoyo, frente a la pandemia por COVID-19 en el Perú"





- Resolución Ministerial N° 905-2020-MINSA, que aprueba la Directiva Sanitaria para la Vigilancia Epidemiológica de la Enfermedad por Coronavirus (COVID-19) en el Perú
- Resolución Ministerial N° 448-2020-MINSA, que aprueba el Documento Técnico: Lineamientos para la Vigilancia, Prevención y Control de Salud a los trabajadores con riesgo de exposición a COVID-19 Lineamientos para a vigilancia de la salud de los trabajadores con riesgo de exposición a COVID-19.
- Resolución Ministerial N° 265-2020-MINSA. Modifican lineamientos para la vigilancia de la salud de trabajadores con riesgo de COVID-19.
- Resolución Ministerial N° 316-2020-MINSA Comité de Vigilancia de asignación y uso de Equipos de Protección Personal.
- Resolución Directoral N° 125-2020-DG-HEJCU Reglamento de Vigilancia y Asignación de Equipos de Protección Personal y otros recursos para la atención del Covid-19 del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa.

V.- ÁMBITO DE APLICACIÓN.

El Plan Operativo Anual de Gestión de la Calidad y Derechos de las Personas, es de aplicación a todos los servicios asistenciales y Administrativos del Hospital de Emergencia 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, 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 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, DISA, 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				
Miluska del Rocío Soto Delgado	Licenciada en Enfermería			x
AUDITORIA DE LA CALIDAD EN SALUD				
Karina Cabrera Toro	Médico Auditor			x
MÓDULO DE ORIENTACIÓN AL USUARIO				
No funciona por la Pandemia				
LIBRO DE RECLAMACIONES				
Miluska del Rocío Soto Delgado	Licenciada en Enfermería			x

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 Anual y del monitoreo correspondiente, es de la Oficina de Gestión de la Calidad.



INDICADOR(DENOMINACIÓN)	FORMA DE CALCULO	VALOR ESPERADO	PRIORICIDAD	RESPONSABLE
PORCENTAJE DE UPS QUE HACEN USO DE INDICADORES	N° DE UNIDADES ORGÁNICAS QUE HACEN USO DE INDICADORES/N° TOTAL DE UNIDADES ORGÁNICAS EN FI 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

VII.- RESPONSABILIDADES.

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

VIII.- ANEXOS.



MATRIZ DE PROGRAMACION PLAN DE GESTION DE LA CALIDAD EN SALUD - 2020

PIRESS:

COMPONENTE: PLANTACION PARA LA CALIDAD

ACTIVIDAD	INDICADOR	RESULTADO	META	Enero a Diciembre											
				E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
01 Elaboración del primer Cuadro de la Calidad por PIRESS	INDICADOR	RESULTADO	META												
TAREA N° 1: Reunión Equipo de Gestión.			1	X											
TAREA N° 2: Evaluación del plan a seguir.			1		X										
TAREA N° 3: Elaboración del plan.			1			X									
TAREA N° 4: Revisión y aprobación con RD			1				X								

COMPONENTE: GARANTIA Y MEJORA DE LA CALIDAD

ACTIVIDAD	INDICADOR	RESULTADO	META	Enero a Diciembre											
				E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
02 Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Calidad en centros de atención de salud de Piñón Viejo.	INDICADOR	RESULTADO	META												
TAREA N° 1: Aplicación de Lista de Verificación			1	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
TAREA N° 3: Encuesta de evaluación de implementación			2												
TAREA N° 4: Informe de la implementación LVCS			2												

ACTIVIDAD	INDICADOR	RESULTADO	META	Enero a Diciembre											
				E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
03 Implementación del Registro, Notificación y Análisis de la ocurrencia de Eventos Adversos en Salud en los establecimientos de salud	INDICADOR	RESULTADO	META												
TAREA N° 1: Implementación de eventos adversos por los servicios. Informe			2					X							
TAREA N° 2: Análisis de eventos adversos, informe			2												

ACTIVIDAD	INDICADOR	RESULTADO	META	Enero a Diciembre											
				E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
04 Implementación de la Auditoría de la Calidad de Atención en los establecimientos de salud	INDICADOR	RESULTADO	META												
TAREA N° 1: Formación de comités. Resolución			1					X							
TAREA N° 2: Evaluación de registros de historias clínicas. Informe			2												
TAREA N° 3: Realizar Auditorías de caso, informe			4											X	

ACTIVIDAD	INDICADOR	RESULTADO	META	Enero a Diciembre											
				E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
05 Implementación de proyectos y acciones de atención con relación a los lineamientos de acción del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud y las prioridades e iniciativas (identificadas y/o implementadas) en el ámbito de la atención en salud (prevención y promoción)	INDICADOR	RESULTADO	META												
TAREA N° 2: Proyecto de Mejora Fase analítica de los datos, seguimiento, informes			4					X							
TAREA N° 3: Proyecto de Mejora de salud en trabajadores, informes.			4						X						
TAREA N° 3: Proyecto de Mejora reducción de tiempo de alta en recuperación, informes.			4							X					

14

A



Plan Operativo Anual e Gestión de la Calidad en Salud

2021

ACTIVIDAD	TAREAS	C H O Q U E D O R A M A																			
		ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEPT	OCT	NOV	DIC								
06 Implementación de los Lineamientos para la Prevención y Control de las IAS	RESULTADO META																				
TAREA N° 1: Monitoreo de Lineamientos, normas	4			X															X		
ACTIVIDAD																					
07 Implementación de los procesos de mejora de áreas en la Estación - áreas de salud	RESULTADO META																				
TAREA N° 1: Evaluador cumplimiento lavado de manos, informes	4				X																X
TAREA N° 2: Capacitación virtual del curso taller lavado de manos, informe	1							X													
ACTIVIDAD																					
08 Implementación de los Roles de Seguimiento Paciente en los establecimientos de salud	RESULTADO META																				
TAREA N° 1: Conformación Equipo Autoevaluador Seguridad del paciente.	1			X																	
TAREA N° 2: Conformación de Rondas de Seguridad.	12		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X
TAREA N° 3: Aplicación de Rondas de Seguridad del paciente, informe.	2								X												X
ACTIVIDAD																					
09 Implementación de la Autoevaluación estandarizada de calidad	RESULTADO META																				
TAREA N° 1: Conformación Equipo Autoevaluador	1			X																	
TAREA N° 2: Plan Autoevaluación 2020	1					X															
TAREA N° 3: Curso virtual de Autoevaluación	1									X											
TAREA N° 4: Ejecutar proceso Autoevaluación, informe a final	1																				X
COMPONENTE : INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD																					
ACTIVIDAD																					
10 Reducción de la satisfacción del usuario externo en centros de atención y servicios de salud con categoría 1 y 2	RESULTADO META																				
TAREA N° 1: Reducción satisfacción usuario en Emergencia, Informe	1																				X
TAREA N° 2: Reducción satisfacción usuario en hospitalización	1																				X
TAREA N° 3: Reducción satisfacción usuario en Laboratorio	1																				X
TAREA N° 3: Reducción satisfacción usuario en Centro Quiroscopio	1																				X

15

A

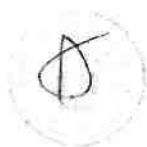


IX. –BIBLIOGRAFIA

1. 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/pncalidad/PlanCalidad2010.pdf>
2. Castillo Hernández Mario, García Posada, Federico y otros. Características de calidad. Colombia 1996.
3. Álvarez Nebreida, Carlos, Glosario de Términos para la Administración y Gestión de los Servicios Sanitarios. Editorial Díaz de Santos. Madrid España. 1998.
4. Batussen R, Yes Y, Hadad S, Sauerborn R. Perceived Quality of Care of Primary Care Services in Burkina Faso. Health Policy and Plann. 2002, 17 (1): 42-8.
5. Brook Robert, Me Glynn Elizabeth, Schuster Mark (1997) Why the quality of U.S. health care must be improved. The National Coalition on Health Care.
6. Caminal J. La medida de la satisfacción: Un instrumento de participación de la población en la mejora continua de la calidad de los servicios sanitarios. Rev Calidad Asistencial. 2001; 16: 276-9.
7. Caminal J, Sánchez E, Schiaffino A. El análisis por segmento de población insatisfecha: una propuesta para optimizar la información de las encuestas de satisfacción global. Rev. Calidad Asistencial. 2002, 17 (1): 4-10.
8. Cordero Espinoza y colbs. Comparación de la calidad de servicio de los servicios de Urgencia de los hospitales de Talca, Curico y Linares.
9. Chilon ME. Medición de la calidad de los servicios en el puesto de salud "Simón Bolívar" – Red de Salud II Cajamarca – 2000. (Disertación Maestría) Lima. Facultad de Salud Pública, Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2002.
10. Clínica Chíncha "Ganador del Premio a la Calidad" Sociedad Nacional de Industrias, 1998.
11. Clínica Alberto Sabogal Sologuren: "Calidad en Servicios de Salud. Experiencia en la Implementación de Círculos de Calidad" Callao, 1996.
12. Delgado A, López LA, Luna JD. Influencia del modelo organizativo en la satisfacción de los usuarios. Aten Primaria. 1995; 16: 314-21.



13. Díaz, B y Jungblieth C: "Calidad Total en la empresa peruana. Proceso, resultado y perspectivas" Universidad de Lima, Fondo de Desarrollo Editorial.
14. 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.
15. Dipretre 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.
16. Donabedian, Avedis (1996) "The effectiveness of quality assurance" *International Journal for Quality in Health Care* Vol. 8 N° 4 pp 401-407.
17. Donabedian, Avedis (1990) Garantía y monitoreo de la calidad de la atención médica: en texto introductoría. Instituto Nacional de Salud Pública. México.
18. 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.
19. 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.
20. Donaldson Molla (1999) *Measuring the quality of Health Care. The National Roundtable on health care quality. Institute of Medicine.*
21. Furnham, A, *The Protestant work ethic*, Rourledge, Londres, 1990.
22. Gerencia Central de Salud EsSalud Oficina de Mejoramiento de Gestión y Procesos. "Guía Metodológica para el Mejoramiento Continuo de los Procesos". 1999. Gea Maria Teresa y colbs Opinión de los usuarios sobre la calidad del servicio de urgencias-Hospital Virgen de las Nieves-Granada-España1998.
23. 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
24. 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.
25. 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.
26. 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.
27. Agencia Nacional para Seguridad del Paciente (NPSA), Sistema Nacional
de Salud (NHS). La seguridad del paciente en 7 pasos. Madrid: Agencia de
Calidad. Ministerio de Salud 2005.

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES José Gaspar Ussac

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