



PERÚ

Ministerio
de Salud

Hospital de Emergencias
Villa El Salvador

"DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA MUJERES Y
HOMBRES"
"Año del Diálogo y la Reconciliación Nacional"

N° 50 -2018-DE-HEVES

RESOLUCIÓN DIRECTORAL:

Villa El Salvador, 31 de Mayo del 2018.

VISTO:

El Expediente N° 18-004118-017, que contiene la Nota Informativa N°075-2018-UGC-HEVES de fecha 04.04.18, de la Unidad de Gestión de la Calidad y la Nota Informativa N° 076-2018-OPP-HEVES de fecha 03.05.18, de la Jefa de la Oficina de Planeamiento y Presupuesto; y

CONSIDERANDO:

Que, mediante Decreto Supremo N°008-2017-SA, modificado por el Decreto Supremo N° 011-2017-SA, se aprobó el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, estableciendo al Hospital de Emergencias Villa El Salvador, como un órgano desconcentrado del Ministerio de Salud, dependiente de la Dirección de Redes Integradas de Salud de su Jurisdicción;

Que, en atención a la Nota Informativa N° 075-2018-UGC-HEVES de fecha 04.04.18 y el Informe N° 005-2018-UGC-HEVES de fecha 16.05.18, la Unidad de Gestión de la Calidad remite la propuesta de PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD 2018, DEL HOSPITAL DE EMERGENCIAS VILLA EL SALVADOR y la opinión técnica, que sustenta el referido PLAN, para su aprobación mediante acto resolutivo correspondiente;

Que, la referida propuesta de PLAN tiene por objetivo general mejorar la calidad de atención a los usuarios a través de la implementación y monitoreo de las políticas del Sistema de Gestión de la Calidad en el Hospital de Emergencias Villa El Salvador durante el año 2018;

Que, asimismo, mediante Nota Informativa N° 076-2018-OPP-HEVES de fecha 03.05.18, la Oficina de Planeamiento y Presupuesto, ha emitido pronunciamiento favorablemente sobre el proyecto de PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD 2018, DEL HOSPITAL DE EMERGENCIAS VILLA EL SALVADOR, en atención al Informe N° 019-2018-AP-OPP-HEVES de fecha 03.05.18, del responsable del área de Planeamiento y Costos, de la Oficina de Planeamiento y Presupuesto;

Que, la referida propuesta de PLAN, cumple con las disposiciones previstas en las "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud", aprobadas por Resolución Ministerial N° 850-2016/MINSA de fecha 28.10.16;

Que, con la finalidad de continuar con el desarrollo de las actividades y procesos técnico-administrativos a nivel institucional, resulta pertinente atender lo solicitado por la Unidad de Gestión de la Calidad, y en consecuencia emitir el correspondiente acto resolutivo, aprobando el proyecto de PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD 2018, DEL HOSPITAL DE EMERGENCIAS VILLA EL SALVADOR, de acuerdo al marco normativo vigente;

Que, el Artículo 10° Literal c) del Manual de Operaciones (MOP) del Hospital de Emergencias Villa El Salvador, aprobado por Resolución Jefatural N° 381-2016-IGSS de fecha 27.05.16, establece las atribuciones y responsabilidades del Director Ejecutivo, entre las cuales se encuentra, la prerrogativa de expedir Resoluciones Directorales en asuntos que sean de su competencia, y en tal sentido, es su prerrogativa aprobar instrumentos técnicos para el mejor desarrollo y cumplimiento de las actividades institucionales del Hospital de Emergencias Villa El Salvador;

Con la visación de la Jefa de la Oficina de Planeamiento y Presupuesto, la Responsable de la Unidad de Gestión de la Calidad, el Jefe de la Unidad de Asesoría Jurídica del Hospital de Emergencias Villa El Salvador; y



PERÚ

Ministerio
de Salud

Hospital de Emergencias
Villa El Salvador

"DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA MUJERES Y
HOMBRES"
"Año del Diálogo y la Reconciliación Nacional"

De conformidad con las normas contenidas en la Ley N° 26842, Ley General de Salud, y sus modificatorias; el Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud; el Decreto Supremo N° 008-2017-SA, modificado por el Decreto Supremo N° 011-2017-SA, que aprobó el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud; la Resolución Ministerial N° 850-2016-MINSA, que aprobó el documento denominado "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud"; y el Manual de Operaciones (MOP) del Hospital de Emergencias Villa El Salvador, aprobado por Resolución Jefatural N° 381-2016-IGSS; y

SE RESUELVE:

Artículo Primero.-Aprobar el **PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD 2018, DEL HOSPITAL DE EMERGENCIAS VILLA EL SALVADOR**, por las consideraciones expuestas, el cual consta de veinticuatro (24) folios, y que forman parte de la presente Resolución Directoral como Anexo.

Artículo Segundo.- Disponer que la Unidad de Comunicaciones e Imagen Institucional, proceda a publicar y difundir la presente Resolución Directoral en la página web del Hospital.

REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE y CÚMPLASE.



S. DONAYRE C.



E. SERVÁN V.



MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL DE EMERGENCIAS VILLA EL SALVADOR

M.C. Carlos I. León Gómez
DIRECCIÓN EJECUTIVA

C.c. Oficina de Planeamiento y Presupuesto
Unidad de Asesoría Jurídica
Unidad de Gestión de la Calidad
Unidad de Comunicaciones e Imagen Institucional

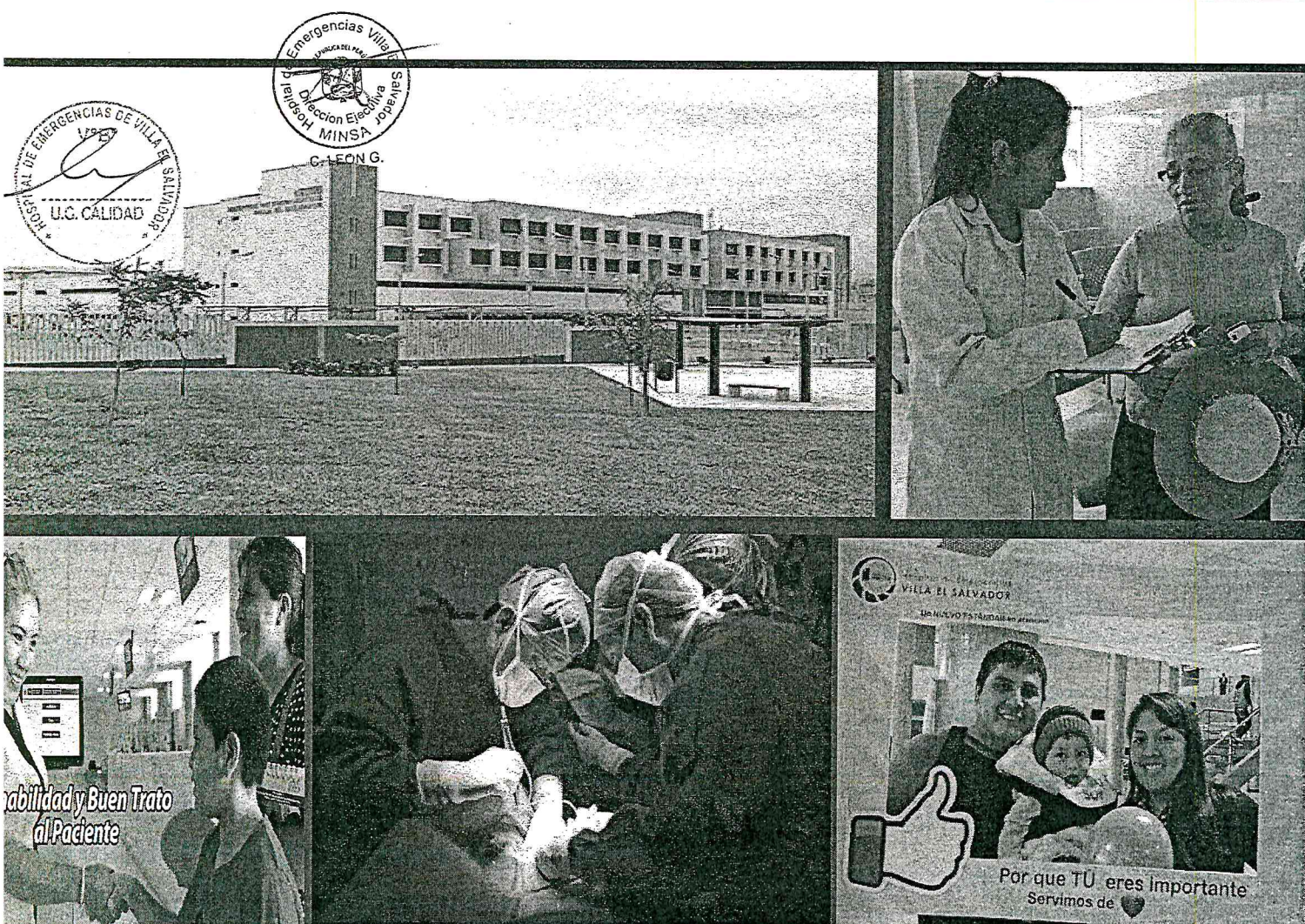


PERÚ

Ministerio
de Salud

Hospital de Emergencias
Villa El Salvador

PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD 2018



HOSPITAL DE EMERGENCIAS VILLA EL SALVADOR

Hospital de Emergencias de Villa El Salvador- Lima, Perú

Unidad de Gestión de la Calidad

"PLAN DE GESTIÓN DE CALIDAD 2018"

Equipo de Trabajo

MC. Carla Patricia Ludeña Troncos

Médico Auditor

M.C. Fradis Eriberto Gil Olivares

Equipo Técnico

Lic. Enfermería Evelyn Chávez Canto

Equipo Técnico

Lic. Psicología Laura Gutiérrez Suárez

Equipo Técnico



C. LEÓN G.



HOSPITAL DE EMERGENCIAS DE VILLA EL SALVADOR - HEVES

DR. CARLOS IVÁN LEÓN GÓMEZ
Director Ejecutivo

DRA. ADJANI HUAROC ARROYO
Responsable de la Unidad de Gestión de la Calidad



Hospital de Emergencias de Villa El Salvador – Lima, Perú

Av. Pastor Sevilla Cruce Av. 200 Millas S/N – Villa El Salvador – Lima

Unidad de Gestión de la Calidad

INDICE

	Pág.
I. INTRODUCCIÓN	01
II. FINALIDAD	02
III. OBJETIVOS	02
IV. BASE LEGAL	02
V. AMBITO DE APLICACIÓN	04
VI. ESTADO SITUACIONAL DE LA UGC	04
VII. RESPONSABILIDADES	09
VIII. ACTIVIDADES A REALIZAR	10
IX. RECURSOS NECESARIOS	12
X. ANEXOS	15
a. Definiciones Operacionales	15
b. Matriz de Actividades	16
c. Presupuesto	17



I. INTRODUCCIÓN

El Hospital de Emergencias Villa el Salvador (HEVES) creado mediante Resolución Jefatura N° 327-2016/IGSS es un establecimiento de salud que estuvo adscrito al Instituto de Gestión de Servicios de Salud hasta su desactivación en el año 2017. El Hospital de Emergencias Villa El Salvador durante el 2016 logró su categorización como establecimiento de Salud II-E y fue constituida como Unidad Orgánica mediante Resolución Jefatural N° 381-2016/IGSS. En este documento publicado el 27 de mayo del 2016 también se aprueba el manual de Operaciones del HEVES.

El Decreto Supremo N° 008-2017-SA aprobó el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud (ROF). En el artículo N° 128 de dicho documento se establece que el Hospital de Emergencias Villa El Salvador es un Órgano Desconcentrado del Ministerio de Salud. Además, en ese mismo año 2017, se establece al Hospital de Emergencias Villa El Salvador como Unidad Ejecutora con N° 142-1670.

El Manual de Operaciones del Hospital de Emergencias Villa El Salvador, en su artículo 16° señala que la Unidad de Gestión de la Calidad es la unidad orgánica encargada de la implementación de los principios, normas, metodologías y procesos del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, para promover la mejora continua de los servicios. En ese sentido, se entiende como un órgano transversal y de asesoramiento encargado de implementar el Sistema de Gestión de la Calidad en el hospital para promover la mejora continua de la atención de calidad y humanizada del paciente, con la participación activa del personal y cuya dependencia es de la Dirección Ejecutiva. Como tal, la Unidad de Gestión de la Calidad busca lograr dentro de nuestra Institución un Sistema Integrado de Gestión de Calidad basándose en normas nacionales e internacionales con los más altos estándares de la medicina basada en evidencia y el trato humanizado. Todo este Sistema Integrado de Gestión de la Calidad debe implementarse en nuestro Hospital mediante un plan de trabajo que permita dirigir y monitorizar los procesos de auditoría/acreditación, el proceso de mejora continua, las buenas prácticas para la Seguridad del Paciente y la Experiencia del Paciente.

El presente documento de Gestión denominado "Plan de Gestión de la Calidad 2018 del Hospital de Emergencias Villa El Salvador", está en concordancia con el Plan Estratégico Institucional 2017-2019 y alineado a las políticas del sector salud a nivel nacional.



II. FINALIDAD

Contribuir al fortalecimiento del Sistema Integrado de Gestión de la Calidad en Salud del Hospital de Emergencias Villa El Salvador.

III. OBJETIVOS

3.1. Objetivo General

- Mejorar la calidad de atención a los usuarios a través de la implementación y monitoreo de las Políticas del Sistema de Gestión de la Calidad en el Hospital de Emergencias Villa El Salvador durante el año 2018.

3.2. Objetivos Específicos

- Organizar los procesos de la Unidad de Gestión de la Calidad y Derechos de las Personas a las Políticas y Lineamientos Sectoriales.
- Dirigir y monitorizar la gestión del proceso de autoevaluación para la acreditación del Hospital de Emergencias Villa El Salvador.
- Promover una Cultura de calidad y mejora continua de los procesos en el Hospital de Emergencias Villa El Salvador.
- Establecer las políticas de gestión del Riesgo y las buenas prácticas en seguridad del paciente.
- Mejorar la Satisfacción del Usuario externo mediante la gestión de los Procesos de Calidad de atención.



IV. BASE LEGAL

- LEY N° 26842, Ley General de la Salud.
- LEY N° 27604, Ley que modifica la Ley General de Salud N° 26842, respecto de la obligación de los establecimientos de salud de dar atención médica en casos de emergencias y partos.
- LEY N° 27657, Ley del Ministerio de Salud.
- LEY N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.
- LEY N° 29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los Servicios de Salud.
- Ley N° 29733, Ley de protección de datos personales.
- Ley N° 30024, Ley que crea el Registro Nacional de Historia Clínica Electrónica.
- D.S. N° 039-2015-SA, Decreto Supremo que crea el Reglamento de la Ley N° 30024, Ley que crea el registro Nacional de Historia Clínica Electrónica”.

- D.S. N° 007-2017-SA, Decreto Supremo que aprueba el Reglamento de Organizaciones y Funciones del Ministerio de Salud (ROF MINSA) que consta que 5 títulos; 138 artículos y un (1) anexo.
- R.M. N° 1263-2004/MINSA, Resolución ministerial que aprueba la Directiva Lineamientos para la organización y funcionamiento de la estructura de calidad en los Hospitales del Ministerio de Salud.
- R.M. N° 013- 2006- MINSA, Reglamento de los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- R.M. N° 519-2006/MINSA, Documento Técnico: "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud".
- RM N° 603-2007-MINSA, Directiva Administrativa N° 118-MINSA/DST V.02 "Directiva Administrativa que regula el procedimiento para la atención de consultas, sugerencias, quejas, solicitudes de interposición de buenos oficios y consejería en la Defensoría de la salud y transparencia del Ministerio de Salud"
- RM N° 640-2006/MINSA, Manual para la Mejora Continua de la Calidad.
- RM N° 676-2006/MINSA, Plan de seguridad del Paciente 2006-2008.
- R.M. N° 270-2009/MINSA, Guía técnica del evaluador para la acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo.
- R.M. N° 727-2009-MINSA, Política Nacional de Calidad en Salud.
- RM N° 527-2011/MINSA, Guía Técnica para la evaluación de la Satisfacción del Usuario externo.
- R.M. N° 468-2011/MINSA, Documento Técnico: Metodología para el Estudio de Clima Organizacional.
- RM N° 095-2012/MINS, Guía Técnica de elaboración de proyectos de mejora y la aplicación de técnicas y herramientas para la Gestión de la calidad.
- R.M N° 302-2015/MINSA, Norma Técnica de Salud para la elaboración y uso de guías de práctica clínica del Ministerio de Salud.
- R.M. N° 414-2015/MINSA, Documento Técnico: Metodología para la elaboración de guías de práctica clínica.
- R.M. N° 626-2015/MINSA, Manual de Buenas Prácticas para la Mejora del Clima Organizacional.
- RM N° 502-2016/MINSA, Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud.
- R.M. N° 605-2017/MINSA, Aprobación del Cuadro para Asignación de Personal Provisional del Hospital de Emergencias Villa EL Salvador del Ministerio de Salud.





- R.M. N° 1134-2017/MINSA, Aprobar la Directiva Administrativa N° 245-OGPPM/MINSA "Lineamientos para la implementación de la Gestión por procesos y procedimientos en el Ministerio de Salud".
- R.M. N° 214-2018/MINSA, Aprobar la NTS N° 139-MINSA/2018/DGAIN: "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica".
- N.T.N° 050-MINSA / DGSP - V.02, Norma Técnica de Salud para la acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- N.T.N° 072 - 2008/MINSA, Modificación de la norma técnica de Salud N.T.N° 050 - MINSA /DGSP - V.02 "Norma técnica de salud para la acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo".
- Directiva N°049-MINSA/DGSP - V.01, Directiva para el funcionamiento del equipo de Gestión de la Calidad en Direcciones de Salud.
- Directiva N° 047-2004/MINSA, Lineamientos para la organización y funcionamiento de la estructura de calidad en los Hospitales del Ministerio de Salud.
- RJ N° 381-2016/IGSS, Manual de Operaciones del "Hospital de Emergencias Villa El Salvador".

V. ÁMBITO DE APLICACIÓN

El presente Plan es de conocimiento, aplicación y cumplimiento obligatorio en todas las Oficinas, Unidades y Departamentos administrativos - asistenciales del Hospital de Emergencias de Villa El Salvador.

VI. ESTADO SITUACIONAL DE LA UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

6.1. Infraestructura

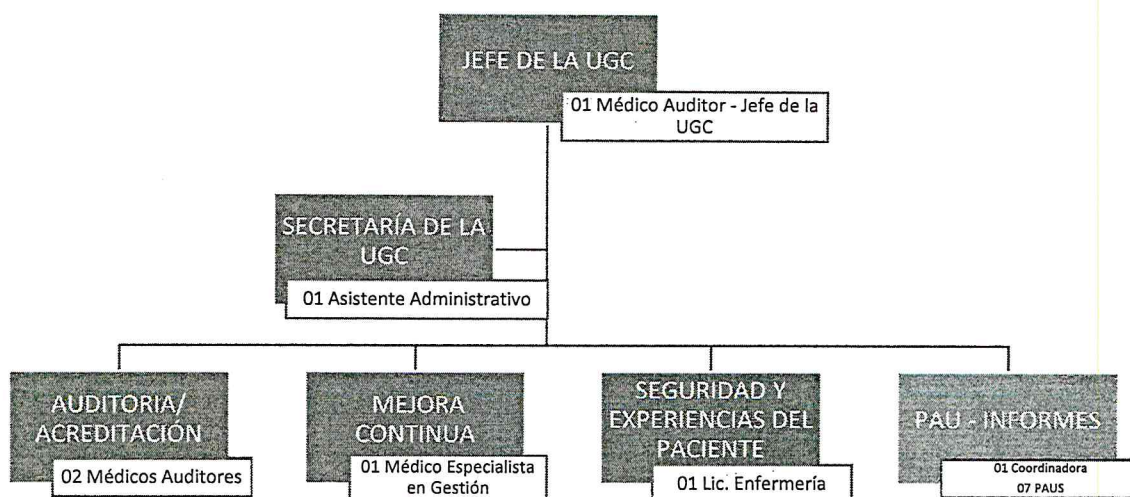
La Unidad de Gestión de la calidad se encuentra físicamente ubicada en el segundo piso de la torre administrativa del HEVES. En un ambiente de oficina de 60x40m aproximadamente, distribuido en 2 áreas: Jefatura y Unidad Técnica.

6.2. Estructura

La estructura actual de la UGC consiste en Jefatura, Secretaría y 4 áreas diferenciadas, según las actividades que realizan: Auditoría/Acreditación, Mejora Continua, Seguridad del Paciente y Plataforma de Atención al Usuario, tal como se detalla en el siguiente gráfico:



ESTRUCTURA DE LA UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD



6.3. Logros de la UGC en el 2017

Los logros alcanzados por la UGC durante el 2017 son los siguientes:

- Implementación de Lactario Institucional.
- Aplicación de la encuesta SERVQUAL y remisión de resultados: 68.7% de satisfacción del usuario en consulta externa y mayor de 93.7% en emergencia.
- Aprobación de Documentos de Gestión:
 - Formatos de Guías de Práctica Clínica (RD 098-2017-DE-HEVES)
 - Formatos de Guías de Procedimientos (RD 098-2017-DE-HEVES)
 - Reglamento del Comité de Guías de Práctica Clínica y protocolos de Atención del Hospital de Emergencias de Villa El Salvador (RD 097-2017-DE-HEVES)
 - Directiva Sanitaria que regula el registro y notificación de incidentes, eventos adversos y eventos centinela (RD 095-2017-DE-HEVES)
 - Fichas de Verificación de Guías de Práctica Clínica y Guías de Procedimientos del Hospital de Emergencias de Villa El Salvador (RD 091-2017-DE-HEVES)
 - Plan de Seguridad del Paciente 2017, aprobado el 28 de junio con R.D. N° 049-2017-DE-HEVES. Porcentaje de cumplimiento 68.75%





- Guías de Práctica Clínica aprobadas con Resolución Directoral: 07
 - Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento del dolor abdominal en pacientes adultos (R.D. N° 057-2017-DE-HEVES).
 - Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la pielonefritis aguda en el adulto (R.D. N° 057-2017-DE-HEVES).
 - Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de infecciones de piel (R.D. N° 057-2017-DE-HEVES).
 - Guía de práctica clínica para el diagnóstico y manejo de la crisis hipertensiva (R.D. N° 057-2017-DE-HEVES).
 - Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico, tratamiento y manejo del trastorno depresivo mayor (R.D. N° 057-2017-DE-HEVES).
 - Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico, tratamiento y manejo de la neumonía adquirida en la comunidad en el adulto (R.D. N° 057-2017-DE-HEVES).
 - Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico, tratamiento y manejo de anemia en pacientes con insuficiencia renal crónica (R.D. N° 057-2017-DE-HEVES).
- Proyectos de Mejora Continua elaborados: 01
 - Proyecto de Mejora "Atención Humanizada y de Calidad de la Gestante Adolescente".
- Proyectos de Mejora Continua ejecutados:
 - Primera etapa del proyecto de Mejora "Atención Humanizada y de Calidad de la Gestante Adolescente", el cual constaba de 02 etapas de las cuales se completó la primera (relacionada a la atención humanizada y de calidad de la gestante en consultorios externos), la segunda etapa abarcaba el proceso de la atención desde el trabajo de parto hasta que la gestante era dada de alta de la institución y ésta no pudo ser realizada.
- Rondas de Seguridad realizadas: 05 Rondas de Junio – diciembre 2017
- Reporte de Notificaciones:

Incidentes: **08** Eventos Adversos: **0** Eventos Centinela: **0**
- Capacitación al personal de la Plataforma de Atención al Usuario en temas de Humanización de la atención
- Implementación y conducción de las PAUs, con ampliación en número de personas y horario para el manejo de las ocurrencias.
- Personal de la PAU entrenados en Promoción y Protección del Derecho de los Usuarios de los Servicios de Salud.

- Libro de Reclamaciones implementado y funcionando.

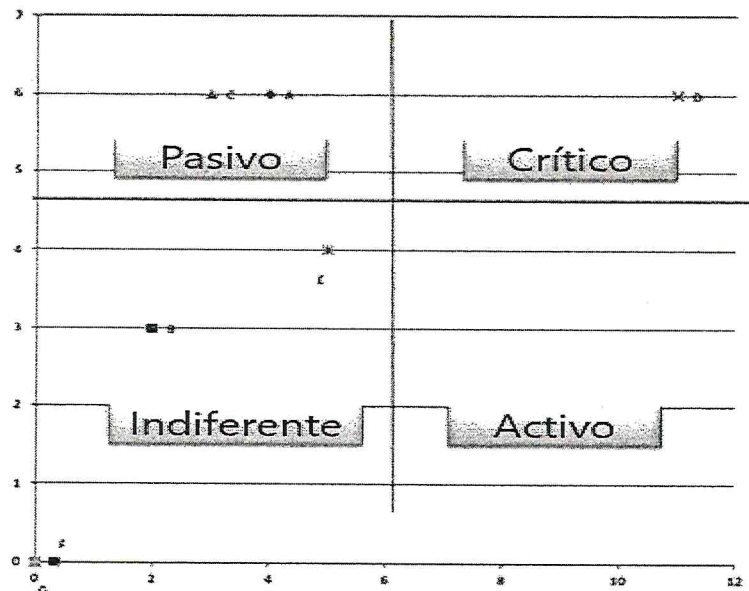
6.4. Problemática encontrada

Para precisar la problemática encontrada para el desarrollo de las actividades de la UGC, se ha utilizado la Matriz de Priorización de Problemas de Vester que permite identificar causas y efectos de una situación, colocándolos en una serie de filas y columnas que muestran tanto horizontal como verticalmente las posibles causas (variables) de una situación problemática y según su relación de dependencia e influencia, se clasifican en 4 cuadrantes: Pasivos, Indiferentes, Activos y Críticos, según se muestra a continuación:

Tabla 01: Matriz de Priorización de Problemas de Vester de la Unidad de Gestión de la Calidad

	DESCRIPCION	A	B	C	D	E	TOTAL INFLUENCIA
A	No haber contado con personal CAS durante el año 2017		0	2	3	1	6
B	Asignación de funciones y otras actividades a Personal de la UGC	0		0	3	0	3
C	Ausencia de contactos con otras instituciones con respecto a Gestión de Calidad	3	0		2	1	6
D	Procesos de la UGC no estructurados	1	2	0		3	6
E	Escasos Recursos Humanos con respecto al CAP del Hospital	0	0	1	3		4
	TOTAL DEPENDENCIA	4	2	3	11	5	

Fuente: Elaboración propia



En este caso, el problema D relacionado a los procesos de la UGC no estructurados está ubicado en el cuadrante de los problemas críticos el cual debe ser atendido de manera inmediata y nos permitirá resolver una situación general en la UGC del HEVES.

6.5 Análisis FODA para la gestión de la Calidad en el Hospital de Emergencias Villa El Salvador



Análisis Interno

Fortalezas

- F1: Poseer Recursos humanos especializados
- F2: Ser un Hospital de referencia
- F3: Contar con amplia gama de la cartera de servicios especializada.
- F4: Contar con Infraestructura moderna
- F5: Contar con un área de desarrollo de soporte informático.

Debilidades

- D1: Contar con Presupuesto limitado para la sostenibilidad del Hospital.
- D2: Contar con un Cuadro de Asignación de Personal Provisional incompleto
- D3: Contar con Modalidad contractual como servicio de terceros en un alto porcentaje
- D4: Contar con Documentos Normativos en proceso de implementación (Guías, manuales, protocolos)
- D5: Poseer una Cultura organizacional en formación

Análisis Externo

Oportunidades

- O1: Posibilidad de Convenios interinstitucionales
- O2: Contar con universidades e institutos que desean tener campo clínico en nuestro Hospital.
- O3: Alta demanda de usuarios externos
- O4: Relación con aliados estratégicos para la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad
- O5: Financiamiento a través de seguro público

Amenazas

- A1: Deficiencia en el sistema REFCON del Ministerio de Salud
- A2: Incremento de pacientes con patologías crónicas.
- A3: La DIRIS LIMA – SUR está en proceso de formulación del manejo en red desde el primer al tercer nivel de atención
- A4: Competitividad con otras IPRESS
- A5: Alta rotación de cargos de confianza a nivel del Ministerio de Salud que no permite dar continuidad a las líneas de acción



VII. RESPONSABILIDADES

7.1. De la Dirección Ejecutiva

- Aprobar el Plan de Gestión de la Calidad 2018 y disponer los recursos necesarios para el cumplimiento de las actividades programadas en el presente Plan.

7.2. De la Unidad de Gestión de la Calidad

- Implementación, supervisión y evaluación del cumplimiento de las actividades programadas.
- Coordinar e involucrar a las diferentes Oficinas, Unidades y Servicios que participan en el desarrollo del Plan.
- Reportar a la Dirección Ejecutiva el avance trimestral de las actividades programadas en el presente Plan.

7.3. De las Oficinas, Unidades y Servicios del HEVES

- Participar y cumplir con las actividades programadas en el presente Plan, dentro del ámbito de su competencia.

VIII. ACTIVIDADES A REALIZAR

En relación a los objetivos específicos, las actividades a desarrollar en el presente Plan, están agrupadas en cinco líneas de acción.

8.1. Organización para la Calidad y Derechos de las personas:

- Inclusión en el Plan Operativo Anual, las actividades del Plan de Gestión de la Calidad 2018.
- Socialización del Plan de Gestión de la Calidad 2018 a las Oficinas, Unidades y Servicios del HEVES.
- Elaboración de informes trimestrales sobre el cumplimiento de las actividades programadas.

8.2. Gestión de procesos para la Autoevaluación y Auditoría en el HEVES:

- Revisión de los macroprocesos del HEVES.
- Participación en la elaboración de la herramienta para la autoevaluación del HEVES.
- Participación en la aplicación de la herramienta de autoevaluación.
- Implementación de las mejoras en base a la autoevaluación realizada.
- Aprobación del Plan Anual de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud mediante Resolución Directoral.
- Conformación y aprobación mediante Resolución Directoral, los Comités de Auditoría de la Calidad: Comité de Auditoría Médica, Comité de Auditoría en Salud.
- Elaboración y remisión de informes trimestrales de las auditorías realizadas a Dirección Ejecutiva, DIRIS Lima Sur y otras instancias de corresponder.
- Elaboración y remisión de informes de las actividades realizadas a la Dirección Ejecutiva e instancia organizacional inmediata superior.

8.3. Cultura de la Calidad y mejora continua:

- Elaborar el Manual de Procedimientos de la Unidad de Gestión de la Calidad del HEVES.



- Participar en la capacitación de la elaboración de los MAPROs de las diferentes oficinas y/o unidades del HEVES.
- Capacitar a los Jefes de Oficinas / Unidades y Servicios del HEVES en Mejora Continua y Herramientas para la mejora.
- Participar en el diseño de documentos de gestión (Guías de Prácticas Clínicas, Guías de Procedimientos y Flujogramas de atención).
- Desarrollo de proyectos de mejora, acciones de mejora y propuesta de institucionalización del(los) proyectos durante el año 2018.
- Revisión del expediente de categorización del HEVES.

8.4. *Gestión del Riesgo y las buenas prácticas en seguridad del paciente.*

- Capacitación realizada a los Jefes de Oficinas / Unidades y Servicios del HEVES en Rondas de Seguridad del paciente.
- Capacitación realizada a los Jefes de Oficinas / Unidades y Servicios del HEVES en Auditoría de la Calidad de Atención en Salud.
- Capacitación realizada a los Jefes de Oficinas / Unidades y Servicios del HEVES en Notificación de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinela.
- Socialización de GPC oficializadas con RD.
- Evaluación de adherencia a las GPC.
- Evaluación de la correcta aplicación de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía.
- Aplicación de la Encuesta para evaluar la implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad del Cirugía.
- Ejecución de Rondas de Seguridad del paciente.
- Registro Virtual de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinelas reportados en el HEVES, Matriz de Consolidación de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinelas del HEVES.
- Consolidado de Eventos Adversos, Sistema de Notificación de Eventos Adversos.

8.5. *Gestión de las Relaciones con el Usuario Externo y Experiencias del paciente:*

- Capacitación al Personal de la Plataforma de Atención al Usuario del HEVES referente a Promoción y Protección del Derecho de los Usuarios de los Servicios de Salud.
- Capacitación realizada a los Jefes de Oficinas / Unidades y Servicios del HEVES en Humanización de la Atención.



- Instalación y funcionamiento de la Plataforma de Atención al Usuario.
- Reporte consolidado de reclamos del Libro de Reclamaciones del HEVES.
- Medición del grado de satisfacción del usuario externo en hospitalización, emergencia, consulta ambulatoria.
- Implementación de acciones de mejora en base a los resultados de la encuesta de satisfacción del usuario externo.

IX. RECURSOS NECESARIOS

9.1. *Análisis de las Actividades a desarrollar para la Implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en el HEVES.*

El Manual de Operaciones (MOP) del Hospital de Emergencias Villa El Salvador define 4 procesos estratégicos de primer nivel (Nivel cero): Dirección y Planeamiento Institucional, Comunicación Institucional, Gestión de la Información, Gestión de la Calidad Institucional.



El Proceso estratégico de Gestión de la Calidad Institucional, es el proceso orientado a proponer, implementar, monitorear y evaluar, mecanismos e instrumentos de calidad, planes y estrategias para la mejora continua de procesos y procedimientos, tanto asistenciales como administrativos, satisfacción y seguridad del usuario y el control de la Calidad Institucional a fin de fortalecer el cuidado integral dirigido a pacientes, familiares y comunidad.



El proceso estratégico de Gestión de la Calidad Institucional abarca los subprocesos: Satisfacción y Seguridad del Usuario, Mejora Continua, Evaluación y Monitoreo de la Calidad.

Estos subprocesos deben ser monitorizados, dirigidos o implementados por un Órgano Asesor. En ese contexto, la Unidad encargada en el Hospital de Emergencias de Villa El Salvador, es la Unidad de Gestión de la Calidad.

Por ello, el artículo 08 del MOP del Hospital menciona a la Unidad de Gestión de la Calidad como un órgano de asesoramiento. A su vez, en el artículo 16 especifica que es la Unidad Orgánica encargada de la implementación de los principios, normas, metodologías y procesos del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, para

promover la mejora continua de los Servicios, depende de la Dirección Ejecutiva y tiene asignada las siguientes funciones:

- a. Promover facilitar e implementar normas, estrategias, metodologías e instrumentos para el funcionamiento del Sistema de Gestión de la Calidad del Hospital y asesorar en el desarrollo de actividades de mejora continua de los servicios de salud.
- b. Elaborar, proponer y brindar asistencia técnica para la formulación de guías y procedimientos de atención al usuario.
- c. Asesorar en el desarrollo de los procesos de autoevaluación, acreditación y auditoría clínica, así como en la capacitación y sensibilización del personal en los conceptos y herramientas de calidad
- d. Implementar y monitorear los procesos de atención al usuario a través de la auditoría de la calidad de atención en salud según las normas y metodologías vigentes.
- e. Conducir, monitorear y lograr la mejora continua de los procesos y procedimientos inherentes a los servicios de Salud.
- f. Proponer y evaluar indicadores de Calidad en material de su especialidad, para su incorporación en el Plan Operativo del Hospital, así como en los planes de Trabajo.
- g. Identificar oportunidades de mejora a través de reclamaciones presentadas en el libro de reclamaciones.
- h. Establecer, efectuar y mantener actividades de control previo, concurrente y posterior en el ámbito de su competencia.
- i. Las demás funciones que le corresponda de acuerdo a las disposiciones legales vigentes y aquellas que le asigne el/la directora/a ejecutivo/a del Hospital.



9.2. Recursos Humanos necesarios en la Unidad de Gestión de la Calidad

Los Recursos Humanos necesarios para el cumplimiento de las actividades programadas en el presente Plan, se agrupan según las líneas de acción a desarrollar, tal como se observa en la Tabla 2.

9.3. Otros recursos

El presente Plan requiere para el cumplimiento de sus actividades: mobiliario, equipos computacionales, alimentos y bebidas, materiales de escritorio, entre otros, los cuales han sido detallados en el Presupuesto (ver anexo 3).

Tabla 02: Recursos Humanos para la Unidad de Gestión de la Calidad según Línea de acción.

Línea de Acción	CARGO	CAP PROVISIONAL HEVES	CARGO	Propuesta RR.HH. UGC	R.R.H.H. por línea de acción	MONTO MENSUAL	MONTO TOTAL ANUAL
Organización para la Calidad y Derecho de las Personas	Jefe(a) de la Unidad de Gestión de la Calidad	1	Jefe(a) de la Unidad de Gestión de la Calidad	1	2	S/.8,000.00	S/.96,000.00
	Técnico Administrativo	1	Secretaria	1		S/.2,500.00	S/.30,000.00
Gestión de Procesos para la Autoevaluación y Auditoría en el HEVES	Médico Auditor	0	Responsable de Autoevaluación y Auditoría	1	3	S/.6,500.00	S/.78,000.00
	Médico especialista en Gestión	1	Médico especialista en Gestión	1		S/.6,000.00	S/.72,000.00
	Especialista en Gestión I	1	Profesional de Salud Especialista en Gestión	1		S/.5,000.00	S/.60,000.00
Cultura de la Calidad y Mejora Continua	Médico especialista en Gestión	0	Responsable de Cultura de la Calidad y Mejora Continua	1	2	S/.6,500.00	S/.78,000.00
	Personal de Salud Especialista de Gestión en Salud I	1	Profesional de Salud Especialista en Gestión	1		S/.5,000.00	S/.60,000.00
Gestión del Riesgo y las buenas prácticas en seguridad del paciente	Especialista en Gestión I	1	Profesional de Salud Responsable de Gestión del Riesgo y Seguridad del Paciente	1	3	S/.5,000.00	S/.60,000.00
	Profesional de la Salud (Lic. En Enfermería)	0	Especialista en Seguridad del Paciente	1		S/.3,500.00	S/.42,000.00
	Asistente Administrativo	1	Especialista en Gestión de Riesgo	1		S/.3,500.00	S/.42,000.00
Gestión de las Relaciones con el Usuario Externo y Experiencias del paciente.	Responsable de la PAUS - INFORMES	0	Responsable de la PAUS - INFORMES	1	11	S/.3,500.00	S/.42,000.00
	Orientadoras	0	Orientadoras	4		S/.2,500.00	S/.120,000.00
	Facilitadoras	0	Facilitadoras	6		S/.3,200.00	S/.230,400.00
Total		7		21	21	S/.60,700.00	S/.1,010,400.00

Fuente: Elaboración propia

X. ANEXOS

ANEXO 1: DEFINICIONES OPERATIVAS

Acciones de mejora. - Conjunto de acciones preventivas, correctivas y de innovación en los procesos de la organización que agregan valor a los productos.

Acciones correctivas. - Actividades que se realizan después de haber encontrado deficiencias en los procesos de la organización encaminadas a mejorarlos.

Acciones de Innovación. - Son acciones nuevas para agilizar o eliminar actividades en un proceso sin alterar el resultado esperado.

Acciones preventivas. - Se realizan para prevenir deficiencias en la ejecución de procesos futuros.

Acreditación: Proceso de evaluación periódica, basado en la comparación de desempeño del prestador de salud con una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar.

Atención Segura. - Grado en el cual los servicios sanitarios para individuos y poblaciones aumentan la posibilidad de resultados en salud deseados y son consistentes con el conocimiento profesional actual.

Auditoria de la Calidad de Atención: Conjunto de mecanismos e instrumentos utilizados para evaluar directamente la propia atención de salud que se brinda a los usuarios individualmente, desde la perspectiva de la calidad.

Autoevaluación: Es la fase inicial obligatoria inicial del proceso de acreditación, para lo cual es necesario contar con un equipo institucional de evaluadores internos.

Barrera de Seguridad. - Son restricciones administrativas o técnicas que pueden detener la falla activa o absorber su efecto y evitar el daño o la producción del error.

Complicación. - Resultado clínico de probable aparición e inherente a las condiciones propias del paciente y/o de su enfermedad.

Cultura de seguridad. - Es el patrón integrado de comportamiento individual y de la organización, basado en creencias y valores compartidos, que busca continuamente reducir al mínimo el daño que podría sufrir el paciente como consecuencia de los procesos de prestación de atención

Enfoque sistémico. - Condición de la gestión de calidad que implica que todo trabajo se realiza con enfoque de sistemas y procesos integrados.

Equipo de mejora. - Conjunto de personas que buscan resolver un problema. Se forma para trabajar en un periodo de tiempo determinado y debe estar integrado por representantes de todas las áreas o servicios que intervienen en el proceso que se desea mejorar.

Equipo Quirúrgico. - Se entiende a los cirujanos, anestesistas, personal de enfermería, técnicos y demás personal de quirófano involucrado en el procedimiento quirúrgico.



Error de Medicación. - Es cualquier incidente prevenible que puede causar daño al paciente o de lugar a una utilización inapropiada de los medicamentos, mientras la medicación está bajo control del personal sanitario, paciente o consumidor.

Error. - Es la falla para completar una acción tal como fue planeada o el uso de un plan equivocado para lograr un objetivo. No todos los errores producen daño o lesión.

Estrategia de anestesia segura. - Presencia de un anestesiólogo entrenado, pulsoxímetro disponible, monitorización de la frecuencia cardíaca, presión sanguínea y temperatura.

Estrategia de cirugía limpia. - Incluye el lavado e higiene correcta de las manos, uso apropiado de antibióticos, preparación de la piel, cuidado de la herida.

Estrategia de profesionales seguros. - Presencia de personal entrenado, asegura el paciente correcto y el lado correcto de la cirugía, mecanismos de control del dolor, aplica el consentimiento informado, evalúa diariamente los pacientes.

Evaluación de la satisfacción del usuario externo: Proceso referido a la valoración de la calidad de la atención en los servicios de salud por el usuario, a través de las principales actividades del proceso de atención.

Evento Adverso en Salud. - Una lesión, incidente o un resultado inesperado e indeseado en la salud del paciente, directamente asociado con la atención de salud.

Evento centinela: Es un tipo de evento adverso que produce una muerte o un daño físico o psicológico severo de carácter permanente, que no estaba presente anteriormente y que requiere tratamiento permanente o cambio en el estilo de vida.

Evento con Daño. - Son de tres tipos:

- **Leve:** cualquier evento adverso que no prolonga la estancia, requiere observación o tratamiento menor.
- **Moderado:** Cualquier evento adverso que ocasiona aumento en la estancia de a l menos un día, produce un daño a tener en cuenta, pero no es permanente.
- **Grave:** Cualquier evento adverso ocasiona fallecimiento, incapacidad residual al alta o requiere intervención quirúrgica.

Gestión de la Calidad: componente que determina y aplica la política, los objetivos y las responsabilidades en el marco del sistema de gestión de la calidad mediante la planificación, garantía y mejoramiento de la calidad.

Herramientas de calidad. - Instrumentos que permiten ordenar, medir, comparar y estructurar la información, de manera que simplifiquen y hagan objetivas las concepciones teóricas y la secuencia de procesos complejos y que permitan generar nuevas ideas para resolver las diferentes oportunidades de mejora que se van presentando.

Identificación del paciente. - Es un procedimiento que permite al equipo de salud tener la certeza de la identidad de la persona durante el proceso de su atención.

Incidente. - Evento adverso que no ha causado daño, pero susceptible de provocarlo en otras circunstancias o que pudiera favorecer la aparición de un evento adverso.

Institucionalización. - Fase final del ciclo de proyectos de mejora en la que un proceso mejorado se convierte en parte integral y programada de una organización.



Pausa quirúrgica. - Es una pausa momentánea que se toma el equipo quirúrgico antes de realizar la incisión de la piel, a fin de confirmar que se han realizado los controles esenciales.

Plan de acción. - Documento debidamente estructurado, por medio del cual se busca materializar objetivos previamente establecidos, dotándolos de elementos cuantitativos y verificables a lo largo del proyecto.

Protocolo de Londres. - Es una metodología de análisis multicausal para investigar los eventos adversos centinela, permite identificar en cada caso cuales han sido los factores contribuyentes a la ocurrencia del evento adverso y encontrar las acciones que deben ser implementadas para favorecer el aprendizaje organizacional.

Proyecto. - Conjunto ordenado de acciones y procesos que usando recursos pre-establecidos logra resultados en un tiempo determinado.

Proyecto Colaborativo de mejoramiento. - Un proyecto colaborativo de mejoramiento es una forma de aprendizaje compartido que reúne a un gran número de equipos para trabajar juntos a fin de lograr rápidamente mejoras significativas en los procesos, calidad, y eficiencia de un área de atención específica, con la intención de difundir estos métodos a otros sitios

Proyectos de Mejora: Proyectos orientados a generar resultados favorables en el desempeño y condiciones del entorno a través del uso de herramientas y técnicas de calidad.

Riesgo. - Definido como la probabilidad de ocurrencia de un evento adverso dentro del sistema de atención de salud o un factor que incremente tal probabilidad.

Seguridad del Paciente: Actividades enfocadas a la reducción y mitigación de actos inseguros dentro del sistema de salud a través del uso de las mejores prácticas que aseguren óptimos resultados para el paciente.

Sistema de Gestión de la Calidad: Conjunto de elementos y procesos relacionados que permiten conducir, regular, brindar asistencia técnica y evaluar a los establecimientos de Salud en lo relativo a la calidad de atención y a la gestión para la calidad.

Satisfacción del usuario externo: Grado de cumplimiento por parte de la organización de salud, respecto a las expectativas y percepciones del usuario en relación a los servicios que esta le ofrece.

Seguridad del Paciente. - Se define como la reducción y mitigación de actos inseguros dentro del sistema de atención de salud mediante el uso de las mejores prácticas, que aseguren la obtención de óptimos resultados para el paciente.

Técnicas de calidad. - Son procedimientos que ayudan al aumento del grado de participación de los equipos de mejora para encontrar oportunidades de mejora en los procesos.



ANEXO 2: CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES (Diagrama de Gantt)

LÍNEA DE ACCIÓN	N°	ACTIVIDADES	MEDIDA	META	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC	RESPONSABLE
Organización para la Calidad y Derechos de las Personas	1	Inclusión en el Plan Operativo Anual, las actividades del Plan de Gestión de la Calidad 2018	Plan incluido en POA	1			X	X									OPP
	2	Socialización del Plan de Gestión de la Calidad 2018 a las Oficinas, Unidades y Servicios del HEVES	Plan socializado	1				X									UGC
	3	Elaboración de informes trimestrales sobre el cumplimiento de las actividades programadas	Informe	4				X			X			X		X	UGC
Gestión de procesos para la Autoevaluación y Auditoría en el HEVES	4	Revisión de los macroprocesos del HEVES.	Informe	1				X									UGC
	5	Participación en la elaboración de la herramienta para la autoevaluación del HEVES.	Informe de elaboración de herramienta	1				X									UGC
	6	Participación en la aplicación de la herramienta de autoevaluación.	Informe de aplicación de herramienta	1					X								UGC
	7	Implementación de las mejoras en base a la autoevaluación realizada.	Informe de implementación de mejoras	1						X							UGC
	8	Aprobación del Plan Anual de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud mediante Resolución Directoral.	Plan aprobado con RD	1			X										UGC
	9	Conformación y aprobación mediante Resolución Directoral, los Comités de Auditoría de la Calidad: Comité de Auditoría Médica, Comité de Auditoría en Salud.	Comités de Auditoría aprobados con RD	2			X										UGC
	10	Elaboración y remisión de informes trimestrales de las auditorías realizadas a Dirección Ejecutiva, DIRIS Lima Sur y otras instancias de corresponder.	Informe trimestral	4				X			X			X		X	UGC
	11	Elaboración y remisión de informes de las actividades realizadas a la Dirección Ejecutiva e instancia organizacional inmediata superior.	Informe de seguimiento de las mejoras	3								X		X		X	UGC
Cultura de la Calidad y mejora continua.	12	Elaborar el Manual de Procesos de la Unidad de Gestión de la Calidad	Manual de Procesos elaborado	1			X	X									UGC
	13	Participar en la Capacitación a los Jefes de Oficinas / Unidades y Servicios del HEVES en elaboración de los MAPROS de las diferentes oficinas y/o unidades del HEVES.	Informe de Capacitación	3					X	X	X						UGC
	14	Capacitar a los Jefes de Oficinas / Unidades y Servicios del HEVES en Mejora Continua y Herramientas para la mejora.	Informe de Capacitación	3					X	X	X						UGC
	15	Participar en el diseño de documentos de gestión (Guías de Prácticas Clínicas, Guías de Procedimientos y Flujogramas de atención).	Actas de Reunión	8					X	X	X	X	X	X	X	X	UGC
	16	Desarrollo de proyectos de mejora, acciones de mejora y propuesta de institucionalización del(los) proyectos durante el año 2018.	Informe de Mejora Continua	3					X			X			X		UGC
	17	Revisión del expediente de categorización del HEVES	Informe de categorización	1										X			UGC
	18	Capacitación realizada a los Jefes de Oficinas / Unidades y Servicios del HEVES en Rondas de Seguridad del paciente	Informe de Capacitación	1				X									UGC
	19	Capacitación realizada a los Jefes de Oficinas / Unidades y Servicios del HEVES en Auditoría de la Calidad de Atención en Salud	Informe de Capacitación	1					X								UGC
	20	Capacitación realizada a los Jefes de Oficinas / Unidades y Servicios del HEVES en Notificación de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinela	Informe de Capacitación	2				X				X					UGC



Gestión del Riesgo y las buenas prácticas en seguridad del paciente.	21	Socialización de GPC oficializadas con RD	Informe de Socialización	1					X								UGC
	22	Evaluación de adherencia a las GPC	Informe de Evaluación de adherencia a GPC	4					X		X		X		X		UGC
	23	Evaluación de la correcta aplicación de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía	Informe de Evaluación	3					X			X			X		UGC
	24	Aplicación de la Encuesta para evaluar la implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad del Cirujía.	Encuesta aplicada	3					X			X				X	UGC
	25	Ejecución de Rondas de Seguridad del paciente	Informe de Ronda Ejecutada	4				X	X	X	X						UGC
	26	Registro Virtual de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinelas reportados en el HEVES, Matriz de Consolidación de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinelas del HEVES	Reporte de Notificación	12	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	UGC
	27	Consolidado de Eventos Adversos, Sistema de Notificación de Eventos Adversos.	Reporte de Evento Centinela	3				X			X			X		X	UGC
Gestión de las Relaciones con el Usuario Externo y Experiencias del paciente.	28	Capacitación al Personal de la Plataforma de Atención al Usuario del HEVES referente a Promoción y Protección del Derecho de los Usuarios de los Servicios de Salud	Informe de Capacitación	1					X								UGC/PAUS
	29	Capacitación realizada a los Jefes de Oficinas / Unidades y Servicios del HEVES en Humanización de la Atención.	Informe de Capacitación	1					X								UGC/PAUS
	30	Instalación y funcionamiento de la Plataforma de Atención al Usuario	Informe de Instalación	1						X							UGC/PAUS
	31	Reporte consolidado de reclamos del Libro de Reclamaciones del HEVES	Reporte mensual	9				X	X	X	X	X	X	X	X	X	UGC/PAUS
	32	Medición del grado de satisfacción del usuario externo en hospitalización, emergencia, consulta ambulatoria	Informe de aplicación de encuesta	1							X						UGC/PAUS
	33	Implementación de acciones de mejora en base a los resultados de la encuesta de satisfacción del usuario externo	Informe de seguimiento de las mejoras	2									X			X	



C. LEON G.

ANEXO 3: PRESUPUESTO

LÍNEAS DE ACCIÓN	CENTRO DE COSTO	CODIGO SIGA	CLASIFICADOR	DESCRIPCIÓN DEL CLASIFICADOR DE GASTOS	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	MONTO TOTAL	OBSERVACIONES
Organización para la Calidad y Derechos de las Personas	Unidad de Gestión de la Calidad	1501	2.3.11.11	BIDÓN DE AGUA MINERAL SIN GAS X 20L	20	S/25.00	S/500.00	
	Unidad de Gestión de la Calidad	1501	2.3.1 5.12	KIT DE MATERIALES DE ESCRITORIO	2	S/100.00	S/200.00	
	Unidad de Gestión de la Calidad	1501	2.3.22.44	SERVICIO DE IMPRESIONES, ENCUADERNACION Y EMPASTADO	1000	S/0.50	S/500.00	
	Unidad de Gestión de la Calidad	1501	2.3.25.12	ALQUILER DE VEHICULOS	1	S/5,000.00	S/5,000.00	
Gestión de procesos para la Certificación/Acreditación.	Unidad de Gestión de la Calidad	1501	26.32.31	PC	2	S/0.00	S/0.00	COORDINADO CON UTI
	Unidad de Gestión de la Calidad	1501	26.32.31	LAPTOP	2	S/0.00	S/0.00	
	Unidad de Gestión de la Calidad	1501	26.32.31	PEDESTAL (VENTILADOR DE LAPTOP)	2	S/0.00	S/0.00	
	Unidad de Gestión de la Calidad	1501	26.32.12	ESCRITORIO CON CAJONES	4	S/400.00	S/800.00	
	Unidad de Gestión de la Calidad	1501	26.32.12	SILLA RECLINABLE CON RUEDAS	4	S/200.00	S/400.00	02 FUERON SOLICITADOS EN PLAN DE AUDITORIA
	Unidad de Gestión de la Calidad	1501	2.3.11.11	AGUA DE MESA DE 1 LITRO	500	S/2.50	S/1,250.00	
	Unidad de Gestión de la Calidad	1501	2.3.11.11	PAQUETE DE GALLETA SALADA	500	S/0.50	S/250.00	
	Unidad de Gestión de la Calidad	1501	2.3.1 5.12	KIT DE MATERIALES DE ESCRITORIO	4	S/100.00	S/400.00	
	Unidad de Gestión de la Calidad	1501	2.3.22.44	SERVICIO DE IMPRESIONES, ENCUADERNACION Y EMPASTADO	500	S/0.50	S/250.00	
	Unidad de Gestión de la Calidad	1501	2.3.27.10 1	SEMINARIOS ,TALLERES Y SIMILARES ORGANIZADOS POR LA INSTITUCION	3	S/1,000.00	S/3,000.00	
Cultura de la Calidad y mejora continua.	Unidad de Gestión de la Calidad	1501	26.32.31	PC	1	S/0.00	S/0.00	COORDINADO CON UTI
	Unidad de Gestión de la Calidad	1501	26.32.31	LAPTOP	1	S/0.00	S/0.00	
	Unidad de Gestión de la Calidad	1501	26.32.31	PEDESTAL (VENTILADOR DE LAPTOP)	1	S/0.00	S/0.00	
	Unidad de Gestión de la Calidad	1501	26.32.31	PROYECTOR	1	S/0.00	S/0.00	
	Unidad de Gestión de la Calidad	1501	26.32.12	ESCRITORIO CON CAJONES	1	S/400.00	S/400.00	
	Unidad de Gestión de la Calidad	1501	26.32.12	SILLA RECLINABLE CON RUEDAS	1	S/200.00	S/200.00	
	Unidad de Gestión de la Calidad	1501	2.3.11.11	BIDÓN DE AGUA MINERAL SIN GAS X 20L	30	S/25.00	S/750.00	
	Unidad de Gestión de la Calidad	1501	2.3.11.11	AGUA DE MESA DE 1 LITRO	300	S/2.50	S/750.00	
	Unidad de Gestión de la Calidad	1501	2.3.11.11	PAQUETE DE GALLETA DULCE	300	S/0.50	S/150.00	
	Unidad de Gestión de la Calidad	1501	2.3.1 5.12	KIT DE MATERIALES DE ESCRITORIO	2	S/100.00	S/200.00	
	Unidad de Gestión de la Calidad	1501	2.3.22.44	SERVICIO DE IMPRESIONES, ENCUADERNACION Y EMPASTADO	500	S/0.50	S/250.00	
	Unidad de Gestión de la Calidad	1501	2.3.27.10 1	SEMINARIOS ,TALLERES Y SIMILARES ORGANIZADOS POR LA INSTITUCION	10	S/1,000.00	S/10,000.00	
Gestión del Riesgo y las buenas prácticas en seguridad del paciente.	Unidad de Gestión de la Calidad	1501	26.32.31	PC	2	S/0.00	S/0.00	COORDINADO CON UTI
	Unidad de Gestión de la Calidad	1501	26.32.12	ESCRITORIO CON CAJONES	2	S/400.00	S/800.00	
	Unidad de Gestión de la Calidad	1501	26.32.12	SILLA RECLINABLE CON RUEDAS	2	S/200.00	S/400.00	
	Unidad de Gestión de la Calidad	1501	2.3.11.11	BIDÓN DE AGUA MINERAL SIN GAS X 20L	30	S/25.00	S/750.00	
	Unidad de Gestión de la Calidad	1501	2.3.11.11	AGUA DE MESA DE 1 LITRO	300	S/2.50	S/750.00	
	Unidad de Gestión de la Calidad	1501	2.3.11.11	PAQUETE DE GALLETA DULCE	300	S/0.50	S/150.00	
	Unidad de Gestión de la Calidad	1501	2.3.1 5.12	KIT DE MATERIALES DE ESCRITORIO	3	S/100.00	S/300.00	
Gestión de las Relaciones con el Usuario Externo y Experiencias del paciente.	Unidad de Gestión de la Calidad	1501	2.3.27.10 1	SEMINARIOS ,TALLERES Y SIMILARES ORGANIZADOS POR LA INSTITUCION	10	S/1,000.00	S/10,000.00	
	Unidad de Gestión de la Calidad	1501	26.32.31	EQUIPOS COMPUTACIONALES Y PERIFÉRICOS	1	S/0.00	S/0.00	COORDINADO CON UTI
TOTAL							S/43,400.00	

