



PERÚ

Ministerio
de Salud

Hospital de Emergencias
Villa El Salvador

"DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA MUJERES Y HOMBRES"
"Año de la Universalización de la Salud"

N° 30 -2021-DE-HEVES

RESOLUCIÓN DIRECTORAL

Villa El Salvador, 25 FEB. 2021

VISTO:

El Expediente N° 21-002664-024.

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, mediante Resolución Jefatural N° 381-2016-IGSS, suscrita por el Jefe Institucional del Instituto de Gestión de Servicios de Salud, se aprobó el Manual de Operaciones del Hospital de Emergencias Villa El Salvador;

Que, mediante Resolución Viceministerial N° 003-2021-SA-DVMPAS, el Viceministro de Prestaciones y Aseguramiento en Salud del Ministerio de Salud, designó temporalmente, a partir del 1 de enero del 2021, en el puesto de Director de Hospital al M.C. PERCY ALI BALABARCA CRISTOBAL como Director de Hospital II de la Dirección Ejecutiva del Hospital de Emergencias Villa El Salvador;

Que, los artículos I y II del Título Preliminar de la Ley N° 28642, Ley General de Salud, dispone que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo; por ello, su protección es de interés público. Por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, se aprobó el Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud", cuya finalidad es contribuir a fortalecer a los procesos de mejora continua de la calidad en salud en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, se aprobó la Norma Técnica de Salud para la acreditación de los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo", cuya finalidad es contribuir a garantizar a los usuarios y al sistema de salud que los establecimientos de salud o servicios médicos de apoyo, según su nivel de complejidad, cuentan con capacidades para brindar prestaciones de calidad sobre la base de estándares nacionales previamente definidos;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 095-2012/MINSA, se aprueba la Guía técnica de elaboración de proyectos de mejora y la aplicación de técnicas y herramientas para la Gestión de la Calidad, teniendo como finalidad, contribuir a la implementación del sistema de gestión de la calidad en salud y sus actividades dirigidas a la mejora continua de los procesos a través de la aplicación de técnicas y herramientas para la gestión de la calidad y cuyo objetivo general es brindar al personal de las organizaciones de salud un documento de consulta que provea la metodología para la elaboración de proyectos de mejora de la calidad, así como la aplicación de técnicas y herramientas para la gestión de la calidad;





PERÚ

Ministerio
de Salud

Hospital de Emergencias
Villa El Salvador

"DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA MUJERES Y HOMBRES"
"AÑO DEL BICENTENARIO DEL PERÚ: 200 AÑOS DE INDEPENDENCIA"

Que, mediante Resolución Ministerial N° 850-2016-MINSA del 28 de octubre del 2016 se aprueba las "Normas para la elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud", la cual, tiene por finalidad, el fortalecimiento de la rectoría sectorial del Ministerio de Salud ordenando la producción normativa de la función de regulación que cumple como Autoridad Nacional de Salud a través de sus Direcciones u Oficinas Generales y siendo su objetivo general, Establecer las disposiciones relacionadas con los procesos de formulación, aprobación, modificación y difusión de los Documentos Normativos que expide el Ministerio de Salud;

Que, conforme a la Resolución Directoral N° 242-2019-DE-HEVES, se aprobó la Directiva Administrativa N° 001-HEVES-2019-DE-OPP/V.01 Directiva Administrativa que regula la Elaboración, Aprobación, Seguimiento, Evaluación y Modificación del Plan Anual de Trabajo de los Órganos y/o Unidades Orgánicas del Hospital de Emergencias Villa El Salvador, el mismo que tiene por finalidad, el fortalecimiento de la gestión de los Órganos y/o Unidades Orgánicas del Hospital de Emergencias Villa El Salvador -HEVES, a fin de cumplir con eficiencia y eficacia los objetivos establecidos en el Plan Operativo Institucional;

Que, conforme al inciso b) del numeral 6.1.2 de la referida Directiva, indica que el Plan Anual de Trabajo de los Órganos y Unidades Orgánicas, será aprobado por el Titular de la Institución con acto resolutivo de mayor nivel, hasta el último día hábil del mes de enero del Año Fiscal que corresponda, con opinión previa de la Oficina de Planeamiento; sin embargo dicho plazo ha sido ampliado de acuerdo al Circular N° 05-2021-OPP-HEVES, hasta el 15 de marzo para la elaboración, aprobación del Plan de Trabajo 2021, debido a la Emergencia Sanitaria y el Reordenamiento de las Áreas del Hospital de Emergencias Villa El Salvador.

Que, mediante Informe N° 003-2021-UGC-HEVES de fecha 25 de febrero de 2021, el Jefe de la Unidad de Gestión de la Calidad, solicita la aprobación del Plan de la Unidad de Gestión e la Calidad 2021 del Hospital de Emergencias Villa El Salvador, el cual, contiene cuatro líneas de acción que permiten implementar el Sistema de Gestión de Gestión de la Calidad en el HEVES, por lo cual es necesaria su aprobación en el Hospital;

Que, mediante Informe N° 014-2021-AP-OPP-HEVES con proveído N° 032-2021-OPP-HEVES de fecha 25 de febrero de 2021, el Jefe del Área de Planeamiento y el Jefe de la Oficina de Planeamiento y Presupuesto, concluyeron que citado proyecto del Plan de la Unidad de Gestión de la Calidad 2021 del Hospital de Emergencias Villa El Salvador, ha sido elaborado en marco de los antecedentes descritos en el Punto I y análisis del Punto II, reúne los requisitos, debiendo ser aprobado, a fin de cumplir con los objetivos de la Institución;

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

Que, conforme al inciso b) del numeral 6.1.2 de la Directiva Administrativa N° 001-HEVES-2019-DE-OPP/V.01 Directiva Administrativa que regula la Elaboración, Aprobación, Seguimiento, Evaluación y Modificación del Plan Anual de Trabajo de los Órganos y/o Unidades Orgánicas del Hospital de Emergencias Villa El Salvador, aprobado mediante Resolución Directoral N° 242-2019-DE-HEVES, el Decreto Supremo N° 008-2017-SA y sus modificatorias del Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud y el Decreto Supremo N° 008-2017-SA y su modificatoria que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud; el numeral c) del artículo 10° del Manual de Operaciones del Hospital de Emergencias Villa El Salvador, aprobada por la Resolución Jefatural N° 381-2016-IGSS, la cual, faculta al Director Ejecutivo, la atribución y responsabilidad de expedir Resoluciones Directorales en asuntos de su competencia, y, las conferidas mediante Resolución Viceministerial N° 003-2021-SA-DVMPAS;



P. BALABARCA.



M. ZUNIGA O.



G. Lopez M.



A. FLORES G.



PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital de Emergencias Villa El Salvador

"DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA MUJERES Y HOMBRES"
"Año de la Universalización de la Salud"

SE RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO.- APROBAR el Plan de la Unidad de Gestión de la Calidad 2021 del Hospital de Emergencias Villa El Salvador, que en documento anexo forma parte de la presente Resolución.

ARTÍCULO SEGUNDO.- ENCARGAR al Jefe de la Unidad de Gestión de la Calidad, el cumplimiento del citado Plan aprobado en el artículo primero de la presente Resolución.

ARTÍCULO TERCERO.- DISPONER que la Unidad de Comunicaciones e Imagen Institucional, la publicación de la presente Resolución Directoral, en el Portal Institucional del Hospital de Emergencias Villa El Salvador, para el conocimiento y fines pertinentes.



M. ZUÑIGA O.

REGÍSTRESE COMUNÍQUESE y CÚMPLASE.



MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL DE EMERGENCIAS VILLA EL SALVADOR

M.C. GERCY ALBALABARCA CRISTOBAL
CMP: 38743 RNE 27279
DIRECTOR DE HOSPITAL II



PABC/MAZO/ADFG/GLUM/acv
Distribución:
() Oficina de Planeamiento y Presupuesto
() Unidad de Gestión de la Calidad
() Unidad de Asesoría Jurídica.
() Archivo

G. Lopez M.



A. FLORES G



PERÚ

Ministerio
de Salud

Hospital de Emergencias
Villa El Salvador

DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES
PARA MUJERES Y HOMBRES
"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"

PLAN DE LA UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD



2021



PERÚ

Ministerio
de Salud

Hospital de Emergencias
Villa El Salvador

DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES
PARA MUJERES Y HOMBRES
"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"

ELABORACIÓN

Fecha: 29 ENE. 2021

M.C. LUNG SOLORZANO MEYLYN JOAN
Unidad de Gestión de la Calidad

REVISIÓN

Fecha: 23 FEB. 2021

M.C. FLORES GUEVARA ALEXANDER DAVID
Jefe de la Unidad de Gestión de la Calidad

Fecha: 25 FEB. 2021

M.C. ZUÑIGA OLIVARES MIGUEL ARMANDO
Jefe de la Oficina de Planeamiento y Presupuesto

Fecha: 25 FEB 2021

ABOG. LÓPEZ MAMANI GLADYS LINA
Jefa de la Unidad de Asesoría Jurídica

APROBACIÓN

Fecha: 25 FEB. 2021

M.C. BALABARCA CRISTOBAL PERCY ALI
Director de Hospital II – Hospital de
Emergencias Villa El Salvador

Versión: 01

Vigencia: 01 año



PERÚ

Ministerio
de Salud

Hospital de Emergencias
Villa El Salvador

DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES
PARA MUJERES Y HOMBRES
"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"

HOSPITAL DE EMERGENCIAS DE VILLA EL SALVADOR - HEVES

M.C. PERCY ALI BALABARCA CRISTOBAL
Director de Hospital II

UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD
M.C. ALEXANDER DAVID FLORES GUEVARA
Jefe

LIC. GINA MAGALY ACUÑA VILELA
Especialista en Gestión en Salud

LIC. DIANA ALEGRÍA DELGADO
Especialista en Gestión en Salud

LIC. ELENA ROSA BALDERA PAIVA
Especialista en Gestión en Salud

TEC. KAREN FLOR SALAS CARRANZA
Tecnico Administrativo

Colaboradores

M.C. Claudia Angelica Carranza Guzmán

M.C. Meylyn Joan Lung Solórzano

M.C. Gabriela Ramos Mamaní

Lic. Denis Virginia Medina Salazar

Lic. Lourdes Mariella Miranda Guzmán

Lic. Félix Jesús Velita Fuentes





INDICE

	Pág.
I. INTRODUCCIÓN	03
II. FINALIDAD	05
III. OBJETIVOS	05
IV. BASE LEGAL	05
V. AMBITO DE APLICACIÓN	06
VI. DEFINICIONES BÁSICAS	07
VII. RESPONSABILIDADES	11
VIII. ACTIVIDADES A REALIZAR	12
IX. RECURSOS	15
X. ANEXOS	15
a. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	15
b. PRESUPUESTO	17





PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital de Emergencias Villa El Salvador

DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA MUJERES Y HOMBRES
"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"

I. INTRODUCCIÓN

El Ministerio de Salud en el marco de sus funciones rectoras y específicas, busca mejorar el estado de salud de la población en el país a través de la articulación del Sistema Nacional de Salud, para lo cual viene desplegando acciones en búsqueda de la mejora de la calidad de atención acorde a la Política Nacional de Calidad en Salud aprobada con Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, la misma que tiene como finalidad mejorar los servicios de salud y por ende la satisfacción del usuario externo.

En ese sentido el Hospital de Emergencias Villa El Salvador considera en el Manual de Operaciones de la institución aprobada con Resolución Jefatural N° 381-2016/IGSS, entre sus Procesos Estratégicos de nivel cero el PE 0.4 Gestión de la Calidad Institucional, teniendo como subprocesos el PE 0.4.1 Satisfacción y Seguridad del Usuario, el PE 0.4.2 Mejora Continua y el PE 0.4.3 Evaluación y Monitoreo de la Calidad; asimismo señala 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. Entendiendo a la Unidad como un órgano transversal y de asesoramiento encargado de implementar el Sistema de Gestión de la Calidad 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, 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.

Por ello, viene desarrollando a lo largo de los años, desde su implementación hasta la actualidad, actividades enmarcadas en el plan de trabajo anual, el cual permite dirigir y monitorizar los procesos de gestión de la calidad y sus ejes: Gestión del proceso de auditoría, cultura de la calidad, mejora continua y acreditación, gestión del riesgo y las buenas prácticas en seguridad del paciente, y la gestión de atención al usuario externo.

Es así que durante el año 2020 la Unidad de Gestión de la Calidad logró a través de la Plataforma de Atención al Usuario en salud (PAUS) atender 58.068 consultas; 100% de reclamos gestionados, de ellos el 22.5% solucionados por trato directo.

El eje Seguridad del Paciente ejecutó 04 Rondas de Seguridad del paciente en los servicios Cuidados Críticos de pediatría (75%), Neonatología y Cuidados Críticos del Neonatología (97%), Servicio de Emergencia Adulto (COVID) (72%) y Hospitalización de Medicina (COVID) (80%), siendo el porcentaje de buenas prácticas de atención en la institución 81%.

El Eje de Mejora continua se realizó el acompañamiento a los servicios y se logró en el año 2020 la aprobación de 04 Guías de Práctica clínica, 01 Guía de procedimientos, 08 Manuales, 02 Reglamentos, 01 Directiva, 08 Planes, 02 Guías técnicas, 02 Protocolos y 01 Lineamiento; asimismo, se viene desarrollando 40 Guías de Práctica Clínica (03 finalizadas y 37 observadas), 89 Guías de Procedimientos (89 observadas), 10 Manuales de Procedimientos (01 finalizadas, 07 observada y 02 pendientes), 01 Protocolo (01 Observado), 03 Directivas (02 Observadas y 01 finalizada), 01 Reglamento (01 finalizado) y 02 Planes (02 observados).

El Eje de Auditoria realizó 7 auditorías (02 auditorías de caso y 05 programadas), se realizó el seguimiento del cumplimiento de 231 recomendaciones de las cuales se alcanzó el 72.30 % de implementación de las recomendaciones, encontrándose en estado de implementación 10.40%; por último, se realizaron auditorías de calidad de salud de registros asistenciales en los diferentes servicios y UPS del hospital de emergencias villa el salvador.

Finalmente, la Unidad de Gestión de la Calidad cuenta con el Manual de Procesos de la Unidad aprobado con Resolución Directoral N°043-2019-DE-HEVES, la misma que incluye 12 procedimientos, 03 por cada eje.

Por ello se presenta a continuación el "Plan de la Unidad de Gestión de la Calidad 2021".





PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital de Emergencias Villa El Salvador

DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA MUJERES Y HOMBRES
"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"

II. FINALIDAD.

Contribuir a la mejora de la calidad de la atención de salud en el marco de la Política Nacional de Calidad en Salud, para beneficio de los usuarios del Hospital de Emergencias Villa El Salvador.

III. OBJETIVOS.

3.1 OBJETIVO GENERAL:

- 3.1.1 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 2021.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- 3.2.1 Dirigir y monitorizar la gestión del proceso de auditoría y acreditación para la acreditación del Hospital de Emergencias Villa El Salvador.
- 3.2.2 Promover una Cultura de calidad y mejora continua de los procesos en el Hospital de Emergencias Villa El Salvador.
- 3.2.3 Establecer las directrices de gestión del riesgo y seguridad del paciente en el Hospital de Emergencias Villa El Salvador.
- 3.2.4 Garantizar la Satisfacción de los usuarios del Hospital de Emergencias Villa El Salvador mediante la gestión de atención al usuario externo.

IV. BASE LEGAL.

- 4.1 Ley N° 26842, Ley General de la Salud.
- 4.2 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.
- 4.3 Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.
- 4.4 Ley N° 29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los Servicios de Salud.
- 4.5 Ley N° 30024, Ley que crea el Registro Nacional de Historia Clínica Electrónica.
- 4.6 Decreto Supremo N° 027-2015-SA, Reglamento de la Ley N° 29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los Servicios de Salud.
- 4.7 Decreto Supremo N° 039-2015-SA, Reglamento de la Ley N° 30024, Ley que crea el registro Nacional de Historia Clínica Electrónica.
- 4.8 Decreto Supremo N° 030-2016-SA, Reglamento para la Atención de Reclamos y Quejas de los usuarios de las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud - IAFAS, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPRESS y Unidades de Gestión de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - UGIPRESS, Públicas, privadas o mixtas.
- 4.9 Decreto Supremo N° 007-2017-SA, Decreto Supremo que aprueba el Reglamento de Organizaciones y Funciones del Ministerio de Salud (ROF MINSa).
- 4.10 Resolución Ministerial N° 1263-2004/MINSA, Directiva N° 047-2004- MINSA/DGSP-V.01 "Lineamientos para la organización y funcionamiento de la estructura de calidad en los Hospitales del Ministerio de Salud".
- 4.11 Resolución Ministerial N° 013- 2006- MINSA, Reglamento de los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- 4.12 Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud".
- 4.13 Resolución Ministerial N° 676-2006/MINSA, Plan de seguridad del Paciente 2006-2008.
- 4.14 Resolución Ministerial N° 953-2006/MINSA y su modificatoria, NT N° 051-MINSA/OGDN-V.01 "Norma técnica de Salud para el transporte asistido para pacientes por vía terrestre".
- 4.15 Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, NTS N° 050-MINSA/DGSP-V.02 "Norma Técnica de Salud para la acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".
- 4.16 Resolución Ministerial N° 627-2008/MINSA, NTS N° 072-2008/MINSA "Norma técnica de Salud de la Unidad Productora de Servicios de Patología Clínica".





- 4.17 Resolución Ministerial N° 270-2009/MINSA, Guía técnica del evaluador para la acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo.
- 4.18 Resolución Ministerial N° 727-2009-MINSA, Política Nacional de Calidad en Salud.
- 4.19 Resolución Ministerial N° 1021-2010-MINSA, Guía Técnica de Implementación de la lista de seguridad de la Cirugía.
- 4.20 Resolución Ministerial N° 527-2011/MINSA, Guía Técnica para la evaluación de la Satisfacción del Usuario externo en los Establecimientos y servicios médicos de apoyo.
- 4.21 Resolución Ministerial N° 095-2012/MINSA, Guía Técnica de elaboración de proyectos de mejora y la aplicación de técnicas y herramientas para la Gestión de la calidad.
- 4.22 Resolución Ministerial N° 168-2015/MINSA, Documento Técnico: Lineamientos para la vigilancia, prevención y control de las infecciones asociadas a la atención de la salud.
- 4.23 Resolución Ministerial N° 302-2015/MINSA, Norma Técnica de Salud para la elaboración y uso de guías de práctica clínica del Ministerio de Salud.
- 4.24 Resolución Ministerial N° 414-2015/MINSA, Documento Técnico: Metodología para la elaboración de guías de práctica clínica.
- 4.25 Resolución Ministerial N° 850-2016/MINSA, Norma para la elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud.
- 4.26 Resolución Ministerial N°502-2016/MINSA, NTS N°029-MINSA/DIGEPRES-V.02 "Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud".
- 4.27 Resolución Ministerial N°896-2017/MINSA, Creación en la Secretaría General del Ministerio de Salud la Unidad de Gestión de la Calidad en Salud.
- 4.28 Resolución Ministerial N°1134-2017/MINSA, Directiva Administrativa N° 245-OGPPM/MINSA "Lineamientos para la implementación de la Gestión por procesos y procedimientos en el Ministerio de Salud".
- 4.29 Resolución Ministerial N°214-2018/MINSA, NTS N°139-MINSA/2018/DGAIN: "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica".
- 4.30 Directiva N°049-MINSA/DGSP - V.01, Directiva para el funcionamiento del equipo de Gestión de la Calidad en Direcciones de Salud.
- 4.31 Resolución Jefatural N°381-2016/IGSS, Manual de Operaciones del "Hospital de Emergencias Villa El Salvador".
- 4.32 Resolución Directoral N°077-2018-DE, Directiva Sanitaria N°001 Regulación de las Rondas de Seguridad y Gestión del Riesgo para la seguridad del paciente en el Hospital de Emergencias Villa el Salvador.
- 4.33 Resolución Directoral N°120-2018-DE, Directiva Sanitaria N°002-2018-DE Plataforma de Atención al Usuario en Salud del Hospital de Emergencias Villa el Salvador.
- 4.34 Resolución Directoral N° 242-2019-DE Directiva Administrativa N° 001-HEVES-2019-DE-OPP/V.1 Directiva administrativa que regula la elaboración, aprobación, seguimiento, evaluación y modificación del Plan Anual de trabajo de los órganos y/o unidades orgánicas del Hospital de Emergencias Villa el Salvador.
- 4.35 Resolución Directoral N°263-2019-DE, Directiva N°003-2019-DE-UGC-V.02 Directiva Sanitaria que regula el Sistema de Registro y Notificación de Incidentes, Eventos adversos, y eventos centinelas.

V. AMBITO DE APLICACIÓN.

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

VI. DEFINICIONES BÁSICAS.

6.1 DEFINICIONES OPERACIONALES:

- 6.1.1 **Acciones de mejora:** Conjunto de acciones preventivas, correctivas y de innovación en los procesos de la organización que agregan valor a los productos.
- 6.1.2 **Acciones correctivas:** Actividades que se realizan después de haber encontrado deficiencias en los procesos de la organización encaminadas a mejorarlos.
- 6.1.3 **Acciones de Innovación:** Son acciones nuevas para agilizar o eliminar actividades en un proceso sin alterar el resultado esperado
- 6.1.4 **Acciones preventivas:** Se realizan para prevenir deficiencias en la ejecución de procesos futuros.



- 6.1.5 **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.
- 6.1.6 **Acto Médico:** Toda acción o disposición que realiza el médico en el ejercicio de la profesión médica. Ello comprende los actos de prevención, promoción, diagnóstico, terapéutica y pronóstico que realiza el médico en la atención integral de pacientes, así como los que se deriven directamente de éstos.
- 6.1.7 **Análisis de caso:** Es una metodología de análisis multicausal para investigar los hechos ocurridos, permite identificar en cada caso cuales han sido los factores contribuyentes a la ocurrencia del hecho y encontrar las acciones que deben ser implementadas para favorecer el aprendizaje organizacional.
- 6.1.8 **Asegurado:** Toda persona que se encuentra afiliada o inscrita a un seguro de salud, de acuerdo a lo establecido en la normativa vigente.
- 6.1.9 **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.
- 6.1.10 **Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud:** Es el procedimiento sistemático y continuo de evaluación del cumplimiento, por los profesionales de salud, de estándares y requisitos de calidad de los procesos de atención en salud a los usuarios de manera individual, y que tiene como finalidad fundamental la búsqueda de la mejora continua de las atenciones en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo.
- 6.1.11 **Auditoría Médica:** Tipo de Auditoría sobre un Acto Médico, realizada por profesionales médicos, que no han participado en la producción de datos o la información, ni en la atención médica. Es la revisión detallada de registros y procesos médicos seleccionados con el objetivo de evaluar la calidad de la atención médica brindada. Incluye los aspectos de prevención, promoción, recuperación y rehabilitación en salud, así como el diagnóstico, tratamiento y evolución, y el uso de recursos, según corresponda.
- 6.1.12 **Auditoría en Salud:** Tipo de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud sobre todo el proceso de atención realizada, o sobre un aspecto en particular de la atención (de enfermería, obstetricia, u otros); es llevada a cabo por profesionales de salud, capacitados y formados para realizar Auditoría de la Calidad. Puede incluir aspectos administrativos, relacionados directamente con la atención brindada.
- 6.1.13 **Auditoría Programada:** Tipo de Auditoría que se realiza en cumplimiento de la planificación anual que hace el establecimiento de salud, para auditar atenciones realizadas por departamento o servicio asistencial.
- 6.1.14 **Auditoría de Caso:** Tipo de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud, que no está incluida en el Plan Anual. Se realiza ante la presencia de un incidente de tipo clínico, que ha generado daño real (evento adverso) o potencial al usuario en el proceso de atención, independiente de que genere repercusión en los medios públicos, o denuncias, reclamos o quejas de parte afectada o interesada. Por lo general obliga a la participación de diferentes especialidades médicas, y puede incluir aspectos administrativos, relacionados directamente con la atención brindada. La metodología sugerida es el análisis de causa raíz.
- 6.1.15 **Autoevaluación:** Es la fase inicial obligatoria inicial del proceso de acreditación, para lo cual es necesario contar con un equipo institucional de evaluadores internos.
- 6.1.16 **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.
- 6.1.17 **Canales de atención:** son los servicios de atención ante reclamos, consultas y sugerencias, pueden ser en forma presencial, virtual o telefónica brindada por la Plataforma de atención al Usuario en Salud.
- 6.1.18 **Consulta:** Solicitud de información presentada por una persona natural o jurídica a las IAFAS, IPRESS o UGIPRESS, a través de los canales puestos a disposición por éstas, a fin de que emitan su pronunciamiento sobre las materias relacionadas a sus competencias.





- 6.1.19 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.
- 6.1.20 Enfoque al Usuario:** Es el enfoque de calidad y mejora continua que adoptan las organizaciones o instituciones de Salud, donde despliegan estrategias orientadas a la búsqueda de información de las necesidades, requerimientos y expectativas del Usuario, para desarrollar productos o servicios orientados a satisfacerlos.
- 6.1.21 Enfoque sistémico:** Condición de la gestión de calidad que implica que todo trabajo se realiza con enfoque de sistemas y procesos integrados.
- 6.1.22 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.
- 6.1.23 Equipo Quirúrgico:** Se entiende a los cirujanos, anestesiólogos, personal de enfermería, técnicos y demás personal de quirófano involucrado en el procedimiento quirúrgico.
- 6.1.24 Estrategia de Cirugía limpia:** Estrategia que incluye el lavado o higiene correcta de las manos, uso apropiado de antibióticos, preparación de la piel, cuidado de la herida.
- 6.1.25 Estrategia de anestesia segura:** Presencia de un anestesiólogo entrenado, pulsioximetría disponible, monitorización de la frecuencia cardíaca, presión sanguínea y temperatura.
- 6.1.26 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 a los pacientes.
- 6.1.27 Complicación:** Resultado clínico de probable aparición e inherente a las condiciones propias del paciente y/o de su enfermedad.
- 6.1.28 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.
- 6.1.29 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.
- 6.1.30 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.
- 6.1.31 Felicitaciones:** Expresión de la alegría, satisfacción y reconocimiento que siente por una atención o acción del personal de la institución por el correcto desempeño de sus funciones.
- 6.1.32 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.
- 6.1.33 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.
- 6.1.34 Hoja de Reclamación en Salud:** forma parte del Libro de Reclamaciones en Salud, se encuentra establecido en el Anexo 01 del D.S. 030-2016-SA, debiendo ser provisto a través de medio físico o virtual por las IAFAS, IPRESS o UGIPRESS, públicas, privadas o mixtas.
- 6.1.35 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.





- 6.1.36 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.
- 6.1.37 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.
- 6.1.38 Libro de Reclamaciones en Salud:** Es un registro de naturaleza física o virtual provisto por las IAFAS, IPRESS o UGIPRESS, públicas, privadas o mixtas, en el cual los usuarios o terceros legitimados pueden interponer sus reclamos ante su insatisfacción con las mismas, de acuerdo a la normativa vigente.
- 6.1.39 Mejora continua:** es un proceso que pretende mejorar los servicios y procesos de la Institución mediante una actitud general, la cual configura la base para asegurar la estabilización de los circuitos y una continuada detección de errores o áreas de mejora.
- 6.1.40 No Conformidad:** Incumplimiento de un criterio en auditoría.
- 6.1.41 Orientar:** Informar a alguien de lo que ignora y desea saber, el estado de un asunto, a cargo del personal orientador.
- 6.1.42 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 de seguridad esenciales.
- 6.1.43 Plataforma de Atención al Usuario en Salud (PAUS):** Es el canal de atención que emplea un espacio físico, recursos y personal responsable de la recepción, procesamiento, atención y absolución de las consultas y reclamos presentados por los usuarios o terceros legitimados ante las IAFAS, IPRESS o UGIPRESS.
- 6.1.44 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.
- 6.1.45 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.
- 6.1.46 Proyecto:** Conjunto ordenado de acciones y procesos que usando recursos pre-establecidos logra resultados en un tiempo determinado.
- 6.1.47 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.
- 6.1.48 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.
- 6.1.49 Queja:** Manifestación verbal o escrita efectuada ante SUSALUD a través de los canales que ésta ponga a disposición, por un usuario o tercero legitimado ante la insatisfacción respecto de los servicios, prestaciones o coberturas solicitadas a, o recibidas de, las IAFAS o IPRESS, o que dependan de las UGIPRESS; o ante la negativa de atención de su reclamo e irregularidad en su tramitación por. Parte de éstas, o disconformidad con el resultado del mismo. En ningún caso el resultado de la Queja da lugar a declaración de indemnización, en la vía administrativa, a favor del usuario por los daños o perjuicios que hayan podido causar las IAFAS, IPRESS o UGIPRESS generadoras de la insatisfacción, quedando a salvo su derecho para acudir a la vía judicial o a través de medios alternativos de solución de controversias de acuerdo a la normativa vigente.
- 6.1.50 Reclamo:** Manifestación verbal o escrita, efectuada ante la IAFAS, IPRESS o UGIPRESS por un usuario o tercero legitimado ante la insatisfacción respecto de los servicios, prestaciones o coberturas solicitadas a, o recibidas de, las IAFAS o IPRESS, o que dependan de las UGIPRESS. La interposición del Reclamo no constituye vía previa para acudir en Queja ante SUSALUD.
- 6.1.51 Reclamo Fundado:** Declaración de Resultado del Reclamo o Queja cuando se ha probado la afirmación de los hechos alegados por el reclamante o quejoso.





- 6.1.52 Reclamo Improcedente:** Declaración de Resultado del Reclamo o Queja cuando no corresponde la atención del mismo por incumplimiento de aspectos de forma, no acreditar la legitimidad para obrar, no existir conexión lógica entre los hechos expuestos y el reclamo o queja, carecer de competencia la institución recurrida salvo las excepciones del artículo 18 del D.S. 030-2016-SA.
- 6.1.53 Reclamo Infundado:** Declaración de Resultado del Reclamo o Queja cuando no se acredita los hechos que sustentan el mismo.
- 6.1.54 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.
- 6.1.55 Rondas de seguridad:** Es un herramienta de calidad que permite evaluar las buenas prácticas de atención de salud, recomendada para incrementar la seguridad de todos aquellos servicios clínicos y no clínicos relacionados con el cuidado de los pacientes a través de una visita programada de un servicio seleccionado al azar de las UPSS priorizadas, para identificar prácticas inseguras durante la atención de salud y establecer contacto directo con el personal de salud, pacientes y familia, cuidando en todo momento de guardar una actitud educativa y no punitiva.
- 6.1.56 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.
- 6.1.57 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.
- 6.1.58 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.
- 6.1.59 Sugerencias:** Es todo aporte o iniciativa formulada a través de los buzones o de la Plataforma de atención al Usuario en salud, a fin de contribuir en la mejora de la atención.
- 6.1.60 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.
- 6.1.61 Trato Directo:** Medio alternativo de solución de controversias, en el cual a iniciativa e impulso de las partes y mediante su participación directa buscan una solución a la insatisfacción que generó el reclamo o queja.
- 6.1.62 Usuario:** Persona natural, que hace uso de los servicios, prestaciones o coberturas otorgados por las IAFAS o IPRESS, o que dependan de las UGIPRESS. Se considera excepcionalmente como usuario a la entidad empleadora en la contratación de cobertura de aseguramiento en salud para sus trabajadores frente a una IAFAS. Las entidades empleadoras no tienen acceso a información sensible sin la autorización del usuario. Se entiende también como usuario al representante del mismo, la representación del usuario se ejerce conforme a lo establecido en el Código Civil y en el artículo 5 del Reglamento de la Ley N° 29414, Ley que Establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud, aprobado con Decreto Supremo N° 027-2015-SA.

RESPONSABILIDADES.

7.1. De la Dirección Ejecutiva:

- 7.1.1 Aprobar el Plan de Gestión de la Calidad 2021 y disponer los recursos necesarios para el cumplimiento de las actividades programadas en el presente Plan.

7.2. De la Oficina de Planeamiento y Presupuesto:

- 7.2.1 Atender la solicitud del área usuaria de inclusión al Plan Operativo Institucional 2021.





PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital de Emergencias Villa El Salvador

DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA MUJERES Y HOMBRES
"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"

7.3. De la Unidad de Gestión de la Calidad:

- 7.3.1 Implementar el Sistema de Gestión de la Calidad del Hospital y asesorar a las áreas asistenciales y administrativas en el desarrollo del mismo.
- 7.3.2 Evaluar los indicadores de gestión de la Calidad de la Institución.
- 7.3.3 Realizar la auditoría de calidad de evaluación de registros asistenciales, auditoría de caso y auditorías programadas de la institución, así como el seguimiento el cumplimiento de las recomendaciones propuestas.
- 7.3.4 Asesorar y participar en el desarrollo de los procesos de autoevaluación, acreditación de la institución.
- 7.3.5 Conducir la mejora continua de los procesos y procedimientos inherentes a los servicios de Salud.
- 7.3.6 Brindar asistencia técnica para la formulación de documentos técnicos asistenciales Directivas, Guías, Manuales y Procedimientos de atención al usuario, así como en el uso de herramientas de calidad.
- 7.3.7 Implementar, monitorear y evaluar los procesos de la gestión del riesgo y seguridad del paciente según las normas y metodologías vigentes.
- 7.3.8 Implementar, monitorear y evaluar los procesos de atención al usuario externo según las normas y metodologías vigentes.
- 7.3.9 Reportar a la Dirección Ejecutiva el avance trimestral de las actividades programadas en el presente Plan.

7.4. De las Oficinas, Unidades y Servicios del HEVES:

- 7.3.1 Participar y cumplir con las actividades programadas en el presente Plan, dentro del ámbito de su competencia.
- 7.3.2 Elaborar y proponer documentos técnicos asistenciales, así como proyectos, planes y acciones de mejora.
- 7.3.3 Implementar las recomendaciones de mejora en los plazos establecidos producto de las actividades de los distintos ejes de la unidad de calidad.

VIII. ACTIVIDADES A REALIZAR.

En relación a los objetivos específicos, las actividades a desarrollar en el presente Plan están agrupadas en cuatro líneas de acción y programadas en el cronograma de actividades (ANEXO N°01).

8.1 Gestión del proceso de Auditoría de la calidad:

- 8.1.1 Elaborar el Plan Anual de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud 2021.
- 8.1.2 Capacitar sobre auditoría de la calidad.
- 8.1.3 Realizar auditorías programadas.
- 8.1.4 Realizar auditorías de calidad de evaluación de registros asistenciales.
- 8.1.5 Realizar el consolidado trimestral de las auditorías realizadas.
- 8.1.6 Realizar el seguimiento de la implementación de recomendaciones de auditoría.
- 8.1.7 Realizar el seguimiento de la implementación de recomendaciones de auditoría de calidad de evaluación de registros asistenciales.
- 8.1.8 Revisar y validar formatos de historia clínica.

8.2 Acreditación, Cultura de la Calidad y Mejora Continua:

- 8.2.1. Conducir el desarrollo de los proyectos de mejora continua del Hospital de Emergencias Villa El Salvador.
 - Capacitar al personal de Oficinas / Unidades y Servicios del HEVES en Mejora Continua y Herramientas para la mejora.
 - Brindar apoyo técnico en el Proceso de Priorización de Problemática de los Servicios del HEVES.
 - Desarrollo de proyectos de mejora continua y acciones de mejora del Hospital de Emergencias Villa El Salvador.
- 8.2.2. Conducir, desarrollar, monitorear y evaluar los documentos de gestión (Guías de Prácticas Clínicas, Guías de Procedimientos, Directivas, entre otros) del Hospital de Emergencias Villa El Salvador.





- Brindar asistencia técnica en el diseño de documentos de gestión (Guías de Prácticas Clínicas, Guías de Procedimientos, entre otros).
 - Consolidado trimestral del diseño de documentos de gestión (Guías de Prácticas Clínicas, Guías de Procedimientos, entre otros).
 - Evaluación del cumplimiento de los documentos de gestión (Guías de Prácticas Clínicas, entre otros).
- 8.2.3. Participar, acompañar y desarrollar la evaluación del cumplimiento de documentos normativos del Ministerio de Salud y otros relacionados al sector.
- Acompañamiento durante el desarrollo de la evaluación del cumplimiento de documentos normativos del Ministerio de Salud y otros relacionados al sector.
 - Elaboración de respuesta a informes emitidos sobre la evaluación del cumplimiento de documentos normativos del Ministerio de Salud y otros relacionados al sector.
- 8.2.4. Conducir, desarrollar, monitorear y evaluar el proceso de acreditación del Hospital de Emergencias Villa El Salvador.
- Capacitación Interna en el Proceso de Autoevaluación.
 - Conformación del equipo autoevaluador / acreditador.
 - Elaboración del Plan de Autoevaluación.
 - Difusión del proceso de autoevaluación.
 - Revisión de la herramienta para la autoevaluación del HEVES.
 - Participación en la aplicación de la herramienta de autoevaluación.
 - Elaboración del Informe final de autoevaluación.
 - Monitorización de la implementación de las mejoras en base a la autoevaluación realizada.

8.3 Gestión del riesgo y las Buenas prácticas de Seguridad del paciente:

- 8.3.1 Elaboración del Plan de Implementación del Proceso de Higiene de Manos 2021 para el Hospital de Emergencias Villa el Salvador.
- 8.3.2 Elaboración y/o actualización de directiva de ronda de Seguridad del paciente en el Hospital de Emergencias Villa el Salvador.
- 8.3.3 Capacitación, sensibilización de Rondas de Seguridad del paciente.
- 8.3.4 Fortalecimiento de las competencias del personal de salud sobre el sistema de notificación y reporte de incidentes, eventos adversos y evento centinela.
- 8.3.5 Ejecución de Rondas de Seguridad.
- 8.3.6 Encuesta para evaluar la implementación de la Lista de Verificación de Cirugía Segura.
- 8.3.7 Monitoreo de las Estrategias de cirugía limpia, anestesia segura y profesionales seguros.
- 8.3.8 Análisis, plan de acción y recomendaciones para Incidentes, eventos Adversos y Eventos Centinela reportados por los servicios
- 8.3.9 Seguimiento de implementación de acciones de mejora de Rondas de Seguridad del paciente.
- 8.3.10 Seguimiento de implementación de recomendaciones y/o acciones de mejora de incidentes, eventos adversos y eventos centinela
- 8.3.11 Seguimiento de la correcta implementación de las estrategias de cirugía limpia, anestesia segura y profesionales seguros en Centro Quirúrgico.
- 8.3.12 Medición basal del grado de cumplimiento de Lista de Verificación de Cirugía Segura.
- 8.3.13 Consolidado mensual de registro de Incidentes, Eventos Adversos y eventos centinela.

8.4 Gestión de la Atención al Usuario Externo:

- 8.4.1 Capacitar al personal que labora en la Plataforma de Atención al Usuario en salud del HEVES referente a Promoción y Protección del Derecho de los Usuarios de los Servicios de Salud.





- 8.4.2 Capacitar al personal asistencial y administrativo que labora en el HEVES en respecto a los derechos de los usuarios y del proceso de atención de consultas y reclamos en el marco de la normatividad vigente.
- 8.4.3 Actualización de Directiva de la Plataforma de Atención al usuario.
- 8.4.4 Realizar actividades de promoción sobre derechos de los usuarios en salud y difusión sobre procesos institucionales dirigidos a los usuarios.
- 8.4.5 Realizar la gestión de atención de consultas, reclamos del Libro de Reclamaciones en Salud y actividades de difusión a los usuarios.
- 8.4.6 Realizar la gestión de atención de sugerencias y felicitaciones registradas.
- 8.4.7 Implementación del sistema Digital de registro de consultas del personal que labora en la Plataforma de Atención al Usuario del Salud.
- 8.4.8 Solicitar el acondicionamiento de las áreas de informes de la Plataforma de Atención al Usuario en salud.
- 8.4.9 Realizar la celebración del Día Nacional de Salud y Buen Trato al Paciente.
- 8.4.10 Elaborar el Plan para evaluación de satisfacción de atención de usuarios como acción de proceso de autoevaluación.
- 8.4.11 Realizar la evaluación de satisfacción de servicios para proceso de autoevaluación.
- 8.4.12 Realizar la evaluación de la satisfacción del usuario externo atendido en el HEVES-SERVQUAL.
- 8.4.13 Realizar el seguimiento de recomendaciones de la Evaluación de la satisfacción del usuario externo atendido en el HEVES – SERVQUAL.

IX. RECURSOS NECESARIOS.

9.1. 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 (Tabla N° 01):

9.2. Otros recursos:

El presente Plan requiere para el cumplimiento de sus actividades: Mobiliario, equipos computacionales, alimentos y bebidas, materiales de escritorio, servicios entre otros, los cuales han sido detallados en el Presupuesto (Anexo N°02), los mismos que serán atendidos de acuerdo a la disponibilidad presupuestal.





X. TABLA N°01: RECURSOS HUMANOS PARA LA UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD SEGÚN LÍNEA DE ACCIÓN

LÍNEA DE ACCIÓN	CARGO	CAP PROVISIONAL HEVES	PROPUESTA RR.HH	RR.HH ACTUAL	BRECHA DE RR.HH	R.R.H.H POR LÍNEA DE ACCIÓN
	Jefe de la Unidad de Gestión de la Calidad	01	01	01	0	02
	Técnico Administrativo (secretaria)	01	00	01	0	
	Asistente Administrativo	0	01	0	0	
Gestión de Procesos para la Auditoría en el HEVES	Médico Auditor	0	04	02	02	04
Acreditación, Cultura de la Calidad y Mejora Continua	Médico	02	01	01	0	05
	Especialista de Gestión en Salud	03	03	03	0	
Gestión del Riesgo y las buenas prácticas en seguridad del paciente	Especialista en Gestión	01	03	02	01	03
Gestión de la Atención al usuario externo	Especialista en Gestión (responsable de la PAUS)	01	01	01	0	13
	Psicóloga (responsable del libro de reclamos)	0	01	01	0	
	Apoyo Administrativo (Orientadoras de informe)	0	05	05	0	
	Profesional de Salud (Orientadoras de servicios asistenciales)	0	06	05	01	
Total		06	25	22	03	25

Fuente: Elaboración propia





PERÚ

Ministerio
de SaludHospital de Emergencias
de Villa El SalvadorDECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES
PARA MUJERES Y HOMBRES
"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"

XII. ANEXOS.

ANEXO N° 01: CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

LÍNEA DE ACCIÓN	N°	NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	FUENTE DE VERIFICACION	META	PERIODO DE EJECUCIÓN (MESES)												RESPON SABLES		
					E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D			
Gestión de procesos la Auditoría	01	Elaboración del Plan Anual de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud	Resolución Directoral	01	1													UGC	
	02	Capacitación sobre auditoría de la calidad	Informe	02				1						1				UGC / DE UGC	
	03	Realización de auditorías programadas	Informe	08	1	1	2				1	1		1	1			UGC	
	04	Realización de Auditorías de Calidad de Evaluación de Registros Asistenciales	Informe	09		1	1	1	1	1	1	1		1	1			UGC	
	05	Consolidado trimestral de auditorías realizadas.	Informe	04			1			1				1			1	UGC	
	06	Seguimiento de la implementación de recomendaciones de auditoría	Informe	04			1			1				1			1	UGC	
	07	Seguimiento de la implementación de recomendaciones de auditoría de calidad de salud de evaluación de registros asistenciales	Informe	02							1						1	UGC	
Cultura de la Calidad y mejora continua	08	Capacitar al personal de Oficinas / Unidades y Servicios del HEVES en Mejora Continua y Herramientas para la mejora.	Acta/ Rol de asistencia	03				1			1			1				UGC	
	09	Brindar apoyo técnico en el Proceso de Priorización de Problemática de los Servicios del HEVES	Acta	02					1					1				UGC	
	10	Desarrollo de proyectos de mejora, acciones de mejora	Informe	01							1							UGC	
	11	Brindar asistencia técnica en el diseño de documentos de gestión (Guías de Prácticas Clínicas, Guías de Procedimientos, entre otros).	Acta	04			1			1				1			1	UGC	
	12	Consolidado trimestral del diseño de documentos de gestión (Guías de Prácticas Clínicas, Guías de Procedimientos, entre otros).	Informe	04			1			1				1			1	UGC	
	13	Evaluación del cumplimiento de los documentos de gestión (Guías de Prácticas Clínicas, entre otros).	Informe	04			1			1				1			1	UGC	
	14	Acompañamiento durante el desarrollo de la evaluación del cumplimiento de documentos normativos del Ministerio de Salud y otros relacionados al sector.	Informe/Acta	04			1			1				1			1	UGC	
	15	Elaboración de respuesta a informes emitidos sobre la evaluación del cumplimiento de documentos normativos del Ministerio de Salud y otros relacionados al sector.	Informe	04			1			1				1			1	UGC	
	16	Capacitación interna en el Proceso de Autoevaluación.	Acta/Rol de asistencia	02				1	1										UGC
	17	Conformación del equipo autoevaluador / acreditador.	Acta/ Resolución Directoral	01						1									UGC
	18	Elaboración del Plan de Autoevaluación.	Informe	01						1									UGC
	19	Difusión del proceso de autoevaluación.	Memorando circular	01							1								UGC
	20	Revisión de la herramienta para la autoevaluación del HEVES.	Acta	01							1								UGC
	21	Participación en la aplicación de la herramienta de autoevaluación.	Acta	01								1							UGC
	22	Elaboración del Informe final de autoevaluación.	Informe	01										1					UGC
	23	Monitorización de la implementación de las mejoras en base a la autoevaluación realizada.	Informe	01														1	UGC
	24	Semana de la Calidad 2021	Informe	01														1	UGC
Gestión del Riesgo y las buenas prácticas en seguridad	25	Ejecución de Rondas de Seguridad	Acta	11		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	UGC	
			Informe	04				1			1						1	UGC	
	26	Encuesta para evaluar la implementación de la Lista de Verificación de Cirugía Segura	Acta	02						1								1	UGC





PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital de Emergencias Villa El Salvador

DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA MUJERES Y HOMBRES "Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"

del paciente.	27	Monitoreo de las Estrategias de cirugía limpia, anestesia segura y profesionales seguros	Acta	02				1						1	UGC	
	28	Análisis, plan de acción y recomendaciones para Incidentes, eventos Adversos y Eventos Centinela reportados por los servicios	Acta	11		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	UGC
	29	Capacitación, sensibilización de Rondas de Seguridad del paciente	Acta	02		1				1						UGC
	30	Fortalecimiento de las competencias del personal de salud sobre el sistema de notificación y reporte de incidentes, eventos adversos y evento centinela	Acta	02	1						1					UGC
	31	Elaboración del Plan de Implementación del Proceso de Higiene de Manos 2021 para el Hospital de Emergencias Villa el Salvador	Informe	01	1											UGC
	32	Elaboración y/o actualización de directiva de ronda de Seguridad del paciente en el Hospital de Emergencias Villa el Salvador	Informe	01	1											UGC
	33	Seguimiento de implementación de acciones de mejora de Rondas de Seguridad del paciente	Informe	02						1					1	UGC
	34	Seguimiento de implementación de recomendaciones y/o acciones de incidentes, eventos adversos y eventos centinela	Informe	02						1					1	UGC
	35	Seguimiento de la correcta implementación de las estrategias de cirugía limpia, anestesia segura y profesionales seguros en Centro Quirúrgico	Acta	02						1					1	UGC
	36	Medición basal del grado de cumplimiento de Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía	Informe	04						1					1	UGC
	37	Consolidado mensual de registro de Incidentes, Eventos Adversos y eventos centinela	Informe	12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
	Gestión de la Atención al Usuario externo	38	Capacitación al Personal que labora en la Plataforma de Atención al Usuario en Salud del HEVES referente a Promoción y Protección del Derecho de los Usuarios de los Servicios de Salud.	Lista de Asistencia	1					1						UGC
		39	Capacitación al personal asistencial y administrativo que labora en el HEVES en respecto a los derechos de los usuarios y del proceso de atención de consultas y reclamos en el marco de la normatividad vigente.	Lista de Asistencia	2					1			1			UGC
40		Actualización de Directiva de la Plataforma de Atención al usuario	Informe						1						UGC	
41		Realizar actividades de promoción sobre derechos de los usuarios en salud y difusión sobre procesos institucionales dirigidos a los usuarios	Videos/visitas a la plataforma virtual/Activaciones grupales	3	1		1					1				
42		Gestión de atención de consultas y reclamos del Libro de Reclamaciones en Salud del HEVES	Informe	12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	UGC
43		Gestión de atención de sugerencias y felicitaciones registradas del HEVES.	Informe	2						1					1	UGC
44		Seguimiento de la implementación del sistema Digital de registro de consultas del personal que labora en la Plataforma de Atención al Usuario del Salud.	Acta	2			1					1			UGC	
45		Celebración del Día Nacional de Salud y Buen Trato al Paciente.	Informe	1								1			UGC	
46		Elaboración del Plan para evaluación de satisfacción del usuario externo-SERVQUAL y del proceso de autoevaluación.	Pla aprobado por R.D.	1								1			UGC	
47		Evaluación de Satisfacción Del Usuario Externo - HEVES	Informe	1										1	UGC	
48		Evaluación de Satisfacción Del Usuario Externo del proceso de autoevaluación	Informe	1								1			UGC	
49	Seguimiento de recomendaciones de la aplicación de la encuesta para evaluación de satisfacción del usuario externo-SERVQUAL y del proceso de autoevaluación	Acta	2										1	1	UGC	





PERU

Ministerio
de Salud

Elaboración del Presupuesto

DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES
PARA MUJERES Y HOMBRES
"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"

ANEXO N° 02: PRESUPUESTO DEL PLAN DE LA UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

N°	ACTIVIDADES	CLASIFICADOR	DESCRIPCION DEL CLASIFICADOR DE GASTOS	MEDIDA	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	MONTO TOTAL	OBSERVACION
1	CONFORMACION DEL EQUIPO AUTOEVALUADOR / ACREDITADOR	2.3.1.5.1.2	KIT DE MATERIALES DE ESCRITORIO	KIT	1	S/ 0.00	S/ 0.00	ALMACEN
2	CAPACITACION INTERNA PARA EL PROCESO DE AUTOEVALUACION	2.3.2.7.11.99	SERVICIO DE COFFEE BREAK	SERVICIO	80	S/ 06.00	S/ 480.00	
3	ELABORACION DEL PLAN DE AUTOEVALUACION	2.3.1.1.1.1	AGUA DE MESA SIN GAS X 20 L	UNIDAD	24	S/ 0.00	S/ 0.00	ALMACEN
		2.6.3.2.1.2	ESCRITORIO DE MELAMINA DE 4 GAVETAS	UNIDAD	2	S/ 0.00	S/ 0.00	
		2.6.3.2.1.2	SILLA GIRATORIA DE METAL CON BRAZOS CON ESPALDAR MEDIA	UNIDAD	2	S/ 0.00	S/ 0.00	
4	DIFUSION DEL PROCESO DE AUTOEVALUACION	2.3.2.7.11.99	SERVICIO DE IMPRESIONES EN GENERAL	SERVICIO	1	S/ 200.00	S/ 200.00	
5	REVISION DE LA HERRAMIENTA PARA LA AUTOEVALUACION DEL HEVES.	2.3.1.5.1.2	KIT DE MATERIALES DE ESCRITORIO	KIT	1	S/ 0.00	S/ 0.00	ALMACEN
		2.3.2.7.11.99	SERVICIO DE COFFEE BREAK	SERVICIO	30	S/ 06.00	S/ 180.00	
6	PARTICIPACION EN LA APLICACION DE LA HERRAMIENTA DE AUTOEVALUACION.	2.3.1.2.1.1	CHALECO DE DRIL TIPO PERIODISTA UNISEX	UNIDAD	20	S/ 70.00	S/ 1400.00	
		2.3.1.1.1.1	AGUA MINERAL SIN GAS X 600 ML	UNIDAD	50	S/ 1.50	S/ 75.00	
		2.3.1.1.1.1	GALLETA X 48 g APROX.	UNIDAD	50	S/ 0.80	S/ 40.00	
		2.3.1.1.1.1	CAFE 500 Gr	UNIDAD	10	S/ 12.90	S/ 129.00	
		2.3.1.1.1.1	CAFE 50 Gr	UNIDAD	10	S/ 5.90	S/ 59.00	
		2.3.1.1.1.1	AZUCAR 1 KG	UNIDAD	10	S/ 2.60	S/ 26.00	
		2.3.1.1.1.1	TE 100 UNIDADES	CAJA	10	S/ 9.00	S/ 90.00	
		2.3.1.5.3.1	GEL ANTIBACTERIAL PARA MANOS X 1 L APROX.	UNIDAD	2	S/ 18.00	S/ 36.00	
		2.3.1.8.2.1	CUBRE ZAPATO DESCARTABLE O/BLANCO X 100 PARES	CAJA	1	S/ 0.00	S/ 0.00	ALMACEN
		2.3.1.8.2.1	GORRO DESCARTABLE	UNIDAD	50	S/ 0.00	S/ 0.00	
		2.3.1.8.2.1	MANDILON DESCARTABLE TALLA M	UNIDAD	50	S/ 0.00	S/ 0.00	
2.3.1.8.2.1	MASCARILLA DESCARTABLE TIPO N-95 X 25	CAJA	2	S/ 0.00	S/ 0.00			
7	ELABORACION DEL INFORME FINAL DE AUTOEVALUACION	2.3.1.5.1.2	TONER DE IMPRESION PARA HP COD. REF. CF280A NEGRO	UNIDAD	2	S/ 0.00	S/ 0.00	UTIE
8	MONITORIZACION DE LA IMPLEMENTACION DE LAS MEJORAS EN BASE A LA AUTOEVALUACION REALIZADA.	2.3.1.5.1.2	KIT DE MATERIALES DE ESCRITORIO	KIT	1	S/ 0.00	S/ 0.00	UTIE
		2.3.1.1.1.1	AGUA MINERAL SIN GAS X 600 ML	UNIDAD	50	S/ 1.50	S/ 75.00	
		2.3.1.1.1.1	GALLETA DE SODA X 48 g APROX.	UNIDAD	50	S/ 0.80	S/ 40.00	
9	APROBACION DEL PLAN ANUAL DE AUDITORIA DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD MEDIANTE RESOLUCION DIRECTORAL.	2.3.1.5.1.2	KIT DE MATERIALES DE ESCRITORIO	KIT	1	S/ 0.00	S/ 0.00	ALMACEN
10	CAPACITACION SOBRE AUDITORIA DE LA CALIDAD	2.3.2.7.11.99	SERVICIO DE COFFEE BREAK	SERVICIO	400	S/ 8.00	S/ 3,200.00	
		2.3.2.7.10.1	SERVICIO DE ASISTENCIA TECNICA, CAPACITACION Y MONITOREO DE SEMINARIO TALLER	SERVICIO	1	S/ 1,000.00	S/ 1,000.00	
11	REALIZACION DE AUDITORIAS PROGRAMADAS	2.6.3.2.3.1	MONITOR A COLOR DE 21.5" m	UNIDAD	2	S/ 0.00	S/ 0.00	UTIE
		2.6.3.2.3.1	TECLADO - KEYBOARD	UNIDAD	2	S/ 0.00	S/ 0.00	
		2.6.3.2.3.1	UNIDAD CENTRAL DE PROCESO - CPU DE 3.4 Ghz	UNIDAD	2	S/ 0.00	S/ 0.00	
		2.3.1.5.1.1	MOUSE OPTICO	UNIDAD	1	S/ 0.00	S/ 0.00	
		2.6.3.2.3.1	CANDADO DE SEGURIDAD	UNIDAD	1	S/ 0.00	S/ 0.00	
		2.6.3.2.3.1	LAPTOP	UNIDAD	1	S/ 0.00	S/ 0.00	
		2.3.1.5.1.2	TONER DE IMPRESION PARA HP COD. REF. CF280A NEGRO	UNIDAD	2	S/ 0.00	S/ 0.00	
		2.3.1.1.1.1	CAFE 500 Gr	UNIDAD	10	S/ 12.90	S/ 129.00	
		2.3.1.1.1.1	CAFE 50 Gr	UNIDAD	10	S/ 5.90	S/ 59.00	
		2.3.1.1.1.1	AZUCAR 1 KG	UNIDAD	10	S/ 2.60	S/ 26.00	
		2.3.1.1.1.1	TE 100 UNIDADES	CAJA	10	S/ 9.00	S/ 90.00	
12	REALIZACION DE AUDITORIA DE CALIDAD DE REGISTRO	2.3.1.5.1.2	TONER DE IMPRESION PARA HP COD. REF. CF280A NEGRO	UNIDAD	2	S/ 0.00	S/ 0.00	UTIE
13	CONSOLIDADO TRIMESTRAL DE AUDITORIAS REALIZADAS.	2.3.1.5.1.2	TONER DE IMPRESION PARA HP COD. REF. CF280A NEGRO	UNIDAD	2	S/ 0.00	S/ 0.00	UTIE
		2.3.2.7.4.99	SUSCRIPCION ANUAL A BASE DE DATOS WEB OF SCIENCE	SERVICIO MENSUAL	12	S/ 150.00	S/ 1,800.00	
14	SEGUIMIENTO DE LA IMPLEMENTACION DE RECOMENDACIONES DE AUDITORIA	2.3.1.5.1.2	KIT DE MATERIALES DE ESCRITORIO	KIT	1	S/ 0.00	S/ 0.00	ALMACEN
			MEDICO AUDITOR	SERVICIO	2	S/ 6,500.00	S/ 13,000.00	
15	CAPACITAR AL PERSONAL DE LAS UNIDADES Y SERVICIOS DEL HEVES EN MEJORA CONTINUA Y HERRAMIENTAS PARA LA MEJORA.	2.3.1.1.1.1	AGUA MINERAL SIN GAS X 600 ML	UNIDAD	75	S/ 1.50	S/ 112.50	
		2.3.1.1.1.1	GALLETA VAINILLA X 42 g APROX.	UNIDAD	75	S/ 0.40	S/ 30.00	
		2.3.2.7.11.99	SERVICIO DE ALMUERZO	SERVICIO	50	S/ 15.00	S/ 750.00	
		2.6.3.2.3.3	CONTROL REMOTO PUNTERO LASER	UNIDAD	1	S/ 0.00	S/ 0.00	
16	BRINDAR ASISTENCIA TECNICO EN EL PROCESO DE PRIORIZACION DE PROBLEMATICA DE LOS SERVICIOS DEL HEVES	2.3.1.5.1.2	KIT DE MATERIALES DE ESCRITORIO	KIT	2	S/ 0.00	S/ 0.00	ALMACEN
		2.3.1.1.1.1	AGUA DE MESA SIN GAS X 20 L	UNIDAD	4	S/ 0.00	S/ 0.00	ALMACEN
		2.6.3.2.1.2	SILLA GIRATORIA DE METAL CON BRAZOS CON ESPALDAR MEDIA	UNIDAD	1	S/ 0.00	S/ 0.00	
		2.6.3.2.1.2	ESCRITORIO DE MELAMINA DE 4 GAVETAS	UNIDAD	1	S/ 0.00	S/ 0.00	
17	DESARROLLO DE PROYECTOS DE MEJORA Y/O ACCIONES DE MEJORA	2.3.1.2.1.1	CHALECO DE DRIL TIPO PERIODISTA UNISEX	UNIDAD	15	S/ 70.00	S/ 1,050.00	
		2.6.3.2.2.1	EQUIPO MULTIFUNCIONAL IMPRESORA SCANNER	UNIDAD	1	S/ 0.00	S/ 0.00	
		2.3.1.5.1.2	KIT DE MATERIALES DE ESCRITORIO	KIT	1	S/ 0.00	S/ 0.00	
		2.3.1.1.1.1	AGUA MINERAL SIN GAS X 600 ML	UNIDAD	40	S/ 1.50	S/ 60.00	
18	BRINDAR ASISTENCIA TECNICA EN EL DISEÑO DE DOCUMENTOS DE GESTION (GUIAS DE PRACTICAS CLINICAS, GUIAS DE PROCEDIMIENTOS, ENTRE OTROS).	2.3.1.1.1.1	GALLETA VAINILLA X 42 g APROX.	UNIDAD	40	S/ 0.40	S/ 16.00	
		2.3.1.5.1.2	KIT DE MATERIALES DE ESCRITORIO	KIT	1	S/ 0.00	S/ 0.00	
			ESPECIALISTA EN GESTION	SERVICIO	1	S/ 5,000.00	S/ 5,000.00	
19	CONSOLIDADO MENSUAL DEL DISEÑO DE DOCUMENTOS DE GESTION (GUIAS DE PRACTICAS CLINICAS, GUIAS DE PROCEDIMIENTOS, ENTRE OTROS).	2.3.1.5.1.2	KIT DE MATERIALES DE ESCRITORIO	KIT	1	S/ 0.00	S/ 0.00	
20	EVALUACION DEL CUMPLIMIENTO DE LOS DOCUMENTOS DE GESTION (GUIAS DE PRACTICAS CLINICAS, ENTRE OTROS).	2.3.1.5.1.2	KIT DE MATERIALES DE ESCRITORIO	KIT	1	S/ 0.00	S/ 0.00	
21	ACOMPANAMIENTO DURANTE EL DESARROLLO DE LA EVALUACION DEL CUMPLIMIENTO DE DOCUMENTOS NORMATIVOS DEL MINISTERIO DE SALUD Y OTROS RELACIONADOS AL SECTOR.	2.3.1.5.1.2	KIT DE MATERIALES DE ESCRITORIO	KIT	1	S/ 0.00	S/ 0.00	





PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital de Emergencias Villa El Salvador

DECRETO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA MUJERES Y HOMBRES "Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"

22	ELABORACIÓN DE RESPUESTA A INFORMES EMITIDOS SOBRE LA EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE DOCUMENTOS NORMATIVOS DEL MINISTERIO DE SALUD Y OTROS RELACIONADOS AL SECTOR.	2.3.1.5.1.2	KIT DE MATERIALES DE ESCRITORIO	KIT	1	S/. 0.00	S/. 0.00	
23	DESARROLLO DE ACTIVIDADES POR LA SEMANA DE LA CALIDAD - HEVES	2.3.2.7.11.99	SERVICIO DE LAVADO DE PRENDAS EN GENERAL	SERVICIO	1	S/. 150.00	S/. 150.00	
		2.3.2.7.11.99	SERVICIO DE SHOW ARTISTICO CULTURAL EDUCATIVO	SERVICIO	1	S/. 500.00	S/. 500.00	
		2.3.1.1.1.1	AGUA MINERAL SIN GAS X 600 mL	UNIDAD	200	S/. 1.50	S/. 300.00	
		2.3.1.1.1.1	GALLETA VAINILLA X 42 g APROX.	UNIDAD	200	S/. 0.40	S/. 80.00	
		2.3.2.7.11.99	SERVICIO DE COFFEE BREAK	SERVICIO	100	S/. 12.00	S/. 1,200.00	
		2.3.2.7.11.99	SERVICIO ESPECIALIZADO EN VESTUARIO (POLOS)	SERVICIO	150	S/. 38.00	S/. 5,700.00	
		2.3.2.7.11.99	SERVICIO DE IMPRESIONES EN GENERAL	SERVICIO	1	S/. 6,000.00	S/. 6,000.00	
24	CAPACITACION, SENSIBILIZACION DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	2.3.2.5.1.3	ALQUILER DE TOLDOS, MESAS Y SILLAS	SERVICIO	1	S/. 500.00	S/. 500.00	
		2.3.1.1.1.1	AGUA MINERAL SIN GAS X 600 mL	UNIDAD	100	S/. 1.50	S/. 150.00	
25	EJECUCION DE RONDAS DE SEGURIDAD	2.3.1.1.1.1	GALLETA DE NARANJA X 47 g APROX	UNIDAD	100	S/. 0.80	S/. 80.00	
		2.3.1.5.3.1	GEL ANTIBACTERIAL PARA MANOS X 1 L APROX.	UNIDAD	10	S/. 18.00	S/. 180.00	
		2.3.1.2.1.1	CHALECO DE DRIL TIPO PERIODISTA UNISEX	UNIDAD	02	S/. 70.00	S/. 140.00	
		2.3.1.8.2.1	GORRO DESCARTABLE CAJA	UNIDAD	80	S/. 0.00	S/. 0.00	
		2.3.1.8.2.1	MANDILON DESCARTABLE TALLA M	UNIDAD	80	S/. 0.00	S/. 0.00	
		2.3.1.8.2.1	MASCARILLA DESCARTABLE TIPO N-95 X 25 UNID	CAJA	20	S/. 0.00	S/. 0.00	ALMACEN
26	EJECUCION DE RONDAS DE SEGURIDAD	2.3.1.8.2.1	GORRO DESCARTABLE CAJA	UNIDAD	100	S/. 0.00	S/. 0.00	
		2.3.1.8.2.1	MANDILON DESCARTABLE TALLA M	UNIDAD	100	S/. 0.00	S/. 0.00	
		2.3.1.1.1.1	AGUA MINERAL SIN GAS X 600 mL	UNIDAD	100	S/. 1.50	S/. 150.00	
		2.3.1.1.1.1	GALLETA DE NARANJA X 47 g APROX	UNIDAD	100	S/. 0.80	S/. 80.00	
		2.3.1.8.2.1	MASCARILLA DESCARTABLE TIPO N-95 X 25	CAJA	40	S/. 0.00	S/. 0.00	
		2.3.1.5.1.2	LAPICERO PUNTA FINA DE TINTA AZUL	UNIDAD	100	S/. 0.00	S/. 0.00	
		2.3.1.5.1.2	TABLERO PLASTICO TAMAÑO OFICIO	UNIDAD	03	S/. 0.00	S/. 0.00	
27	SEGUIMIENTO DE IMPLEMENTACION DE ACCIONES DE MEJORA DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	2.3.1.5.1.2	KIT DE MATERIALES DE ESCRITORIO	KIT	02	S/. 0.00	S/. 0.00	ALMACEN
28	SEGUIMIENTO DE IMPLEMENTACION DE ACCIONES DE MEJORA DE MINIRONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	2.3.1.5.1.2	KIT DE MATERIALES DE ESCRITORIO	KIT	02	S/. 0.00	S/. 0.00	
29	SEGUIMIENTO DEL REGISTRO, ANALISIS, PLAN DE ACCIÓN Y RECOMENDACIONES PARA INCIDENTES, EVENTOS ADVERSOS Y EVENTOS CENTINELA REPORTADOS POR LOS SERVICIOS.	2.3.2.7.11.99	SERVICIO DE IMPRESIONES EN GENERAL	SERVICIO	01	S/. 6,750.00	S/. 6,750.00	
		2.6.3.2.1.2	ESCRITORIO DE MELAMINA DE 4 GAVETAS	UNIDAD	01	S/. 0.00	S/. 0.00	
		2.6.3.2.1.2	SILLA GIRATORIA DE METAL CON BRAZOS CON ESPALDAR MEDIA	UNIDAD	01	S/. 0.00	S/. 0.00	
		2.3.1.5.1.2	KIT DE MATERIALES DE ESCRITORIO	KIT	02	S/. 0.00	S/. 0.00	
30	ELABORACIÓN Y/O ACTUALIZACIÓN DE DIRECTIVAS EN SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL HOSPITAL DE EMERGENCIAS VILLA EL SALVADOR	2.3.1.5.1.2	KIT DE MATERIALES DE ESCRITORIO	KIT	02	S/. 0.00	S/. 0.00	ALMACEN
31	SEGUIMIENTO DE LA CORRECTA IMPLEMENTACIÓN DE LAS ESTRATEGIAS DE CIRUGIA LIMPIA, ANESTESIA SEGURA Y PROFESIONALES SEGUROS EN CENTRO QUIRURGICO	2.3.1.5.1.2	KIT DE MATERIALES DE ESCRITORIO	KIT	04	S/. 0.00	S/. 0.000	
32	FORTALECER COMPETENCIAS DEL PERSONAL DE SALUD SOBRE EL SISTEMA DE NOTIFICACIÓN Y REPORTE DE INCIDENTES, EVENTOS ADVERSOS Y EVENTO CENTINELA Y RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.	2.3.1.1.1.1	AGUA MINERAL SIN GAS X 600 mL	UNIDAD	200	S/. 1.50	S/. 300.00	
		2.3.1.1.1.1	GALLETA VAINILLA X 37 g APROX.	UNIDAD	100	S/. 0.80	S/. 80.00	
33	CONSOLIDADO MENSUAL DE REGISTRO DE INCIDENTES, EVENTOS ADVERSOS Y EVENTOS CENTINELA.	2.3.1.5.1.2	KIT DE MATERIALES DE ESCRITORIO	KIT	02	S/. 0.00	S/. 0.00	
34	CONSOLIDADO TRIMESTRAL DE REGISTRO DE INCIDENTES, EVENTOS ADVERSOS Y EVENTOS CENTINELA.	2.3.1.5.1.2	KIT DE MATERIALES DE ESCRITORIO	KIT	02	S/. 0.00	S/. 0.00	ALMACEN
35	SEGUIMIENTO DEL GRADO DE CUMPLIMIENTO DE LISTA DE VERIFICACIÓN DE CIRUGIA SEGURA.	2.3.1.5.1.2	KIT DE MATERIALES DE ESCRITORIO	KIT	02	S/. 0.00	S/. 0.00	
36	ENCUESTA PARA EVALUAR LA IMPLEMENTACIÓN DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE CIRUGIA SEGURA.	2.3.1.8.2.1	GORRO DESCARTABLE CAJA	UNIDAD	20	S/. 0.00	S/. 0.00	
		2.3.1.8.2.1	MANDILON DESCARTABLE TALLA M	UNIDAD	20	S/. 0.00	S/. 0.00	
		2.3.1.8.2.1	MASCARILLA DESCARTABLE TIPO N-95 X 25	UNIDAD	20	S/. 0.00	S/. 0.00	
		2.3.1.8.2.1	GORRO DESCARTABLE CAJA	UNIDAD	20	S/. 0.00	S/. 0.00	ALMACEN
37	MONITOREO DE LAS ESTRATEGIAS DE CIRUGIA LIMPIA, ANESTESIA SEGURA Y PROFESIONALES SEGUROS.	2.3.1.8.2.1	MANDILON DESCARTABLE TALLA M	UNIDAD	20	S/. 0.00	S/. 0.00	
		2.3.1.8.2.1	MASCARILLA DESCARTABLE TIPO N-95 X 25	UNIDAD	20	S/. 0.00	S/. 0.00	
		2.3.1.1.1.1	AGUA MINERAL SIN GAS X 600 mL	UNIDAD	400	S/. 1.50	S/. 600.00	
38	CAPACITACIÓN AL PERSONAL QUE LABORA EN LA PLATAFORMA DE ATENCIÓN AL USUARIO EN SALUD DEL HEVES REFERENTE A PROMOCIÓN Y PROTECCIÓN DEL DERECHO DE LOS USUARIOS DE LOS SERVICIOS DE SALUD.	2.3.1.1.1.1	GALLETA INTEGRAL CON MIEL X 40 g APROX.	UNIDAD	400	S/. 0.70	S/. 280.00	
		2.3.2.7.11.99	SERVICIO DE COFFEE BREAK	SERVICIO	100	S/. 8.00	S/. 800.00	
39	CAPACITACIÓN AL PERSONAL ASISTENCIAL Y ADMINISTRATIVO QUE LABORA EN EL HEVES EN RESPECTO A LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS Y DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE CONSULTAS Y RECLAMOS EN EL MARCO DE LA NORMATIVIDAD VIGENTE. ACONDICIONAMIENTO DEL AREA DE INFORMES DE LA PLATAFORMA DE ATENCIÓN AL USUARIO EN SALUD.	Profesional de Salud (Orientadoras de servicios asistenciales)	SERVICIO	1	S/. 4,000.00	S/. 48,000.00		
		2.3.1.1.1.1	AGUA MINERAL SIN GAS X 20 L	UNIDAD	20	S/. 0.00	S/. 0.00	
40	REALIZAR ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN SOBRE DERECHOS DE LOS USUARIOS EN SALUD Y DIFUSIÓN SOBRE PROCESOS INSTITUCIONALES DIRIGIDOS A LOS USUARIOS	2.6.3.2.1.1	SURTIDOR DE AGUA ELECTRIC - DISPENSADOR ELECTRIC	UNIDAD	1	S/. 0.00	S/. 0.00	ALMACEN
41	ACONDICIONAMIENTO DEL AREA DE INFORMES DE LA PLATAFORMA DE ATENCIÓN AL USUARIO EN SALUD.	2.6.3.2.9.1	VENTILADOR ELECTRIC DE PIE DE 3 VELOCIDADES	UNIDAD	1	S/. 0.00	S/. 0.00	
		2.6.3.2.1.2	CASILLERO DE METAL - LOCKER	UNIDAD	1	S/. 0.00	S/. 0.00	
		2.6.3.2.1.2	SILLA GIRATORIA DE METAL CON BRAZOS CON ESPALDAR MEDIA	UNIDAD	1	S/. 0.00	S/. 0.00	





PERÚ

Ministerio de Salud

Oficina de Emergencias de Villa El Salvador

DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA MUJERES Y HOMBRES "Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"

42	GESTIÓN DE ATENCIÓN DE CONSULTAS Y RECLAMOS DEL LIBRO DE RECLAMACIONES EN SALUD DEL HEVES	2.3.2.4.1.1	ADECUACION Y ACONDICIONAMIENTO DE INFRAESTRUCTURA	SERVICIO	1	S/. 8,000.00	S/. 8,000.00	
			TELEVISOR 55"	UNIDAD	1	S/2000.00	S/ 2,000.00	
		2.3.1.5.1.2	KIT DE MATERIALES DE ESCRITORIO	UNIDAD	1	S/ 0.00	S/ 0.00	
		2.6.3.2.1.1	RACK	UNIDAD	1	S/ 150.00	S/ 150.00	
		2.3.1.5.3.1	GEL ANTIBACTERIAL PARA MANOS X 1 L APROX.	UNIDAD	20	S/ 18.00	S/ 360.00	
		2.3.1.5.3.1	PAPEL TOALLA DE 23.2 cm X 23.8 cm X 200 HOJAS	UNIDAD	30	S/ 8.00	S/ 240.00	
		2.3.1.5.2.1	MASCARILLA DESCARTABLE TIPO N-95 X 20	CAJA	15	S/ 0.00	S/ 0.00	
		2.3.1.2.1.1	CHALECO DE DRIL TIPO PERIODISTA UNISEX	UNIDAD	12	S/ 50.00	S/ 600.00	
		2.3.1.5.1.2	BUZON DE SUGERENCIA DE MADERA	UNIDAD	4	S/ 90.00	S/ 360.00	
		2.3.1.5.1.2	LIBRO DE RECLAMACIONES CON LOGOTIPO TAMAÑO A4 AUTOCOPIATIVO (ORIGINAL + 2 COPIAS) X 100 JUEGOS	UNIDAD	3	S/ 150.00	S/ 450.00	
2.3.1.5.1.2	TÓNER DE IMPRESIÓN PARA HP COD. REF. CF280A NEGRO	UNIDAD	10	S/ 0.00	S/ 0.00			
2.3.1.5.1.2	PORTA FOTOCHECK CON CORDON	UNIDAD	12	S/ 9.00	S/ 108.00			
2.3.2.2.3.1	SERVICIO DE CORREO POSTAL	SERVICIO	12	S/ 1,500.00	S/ 18,000.00			
43	GESTIÓN DE ATENCIÓN DE SUGERENCIAS Y FELICITACIONES REGISTRADAS DEL HEVES.	2.3.1.5.1.2	KIT DE MATERIALES DE ESCRITORIO	UNIDAD	1	S/ 0.00	S/ 0.00	
44	IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE REGISTRO DE CONSULTAS DEL PERSONAL QUE LABORA EN LA PLATAFORMA DE ATENCIÓN AL USUARIO DEL SALUD.	2.6.3.2.3.1	TABLETA PAD	UNIDAD	6	S/ 0.00	S/ 0.00	ALMACEN
45	CELEBRACIÓN DEL DIA NACIONAL DE LA SALUD Y BUEN TRATO AL PACIENTE	2.3.2.7.11.99	SERVICIO DE IMPRESIONES EN GENERAL (IMPRESIÓN DE LOGO EN GLOBOS)	SERVICIO	1	S/ 325.00	S/ 325.00	
		2.3.2.7.11.99	SERVICIO DE IMPRESIONES EN GENERAL (FOLLETERÍA)	SERVICIO	1	S/ 0.00	S/ 0.00	
		2.3.2.7.11.99	SERVICIO DE IMPRESIONES EN GENERAL (PAQUETE DE SOBRES PARA SEMILLAS)	SERVICIO	1	S/ 1,000.00	S/ 1,000.00	
		2.3.2.7.11.99	SERVICIO DE IMPRESIONES EN GENERAL (BANNER ROLL SCREEN)	SERVICIO	1	S/ 350.00	S/ 350.00	
46	EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO EXTERNO ATENDIDO EN EL HEVES.	2.3.1.5.1.2	LIBRO DE RECLAMACIONES CON LOGOTIPO TAMAÑO A4 (FELICITACIONES)	UNIDAD	1	S/ 150.00	S/ 150.00	
46	EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO EXTERNO ATENDIDO EN EL HEVES.	2.3.1.5.1.2	KIT DE MATERIALES DE ESCRITORIO	UNIDAD	1	S/ 0.00	S/ 0.00	
47	SEGUIMIENTO DE RECOMENDACIONES DE LA EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO EXTERNO ATENDIDO EN EL HEVES.	2.3.1.5.1.2	KIT DE MATERIALES DE ESCRITORIO	UNIDAD	1	S/ 0.00	S/ 0.00	ALMACEN
							331,290.50	

