



Resolución Directoral

Chosica, 26 de Enero 2023

VISTO:

El Expediente N° 23TD-00916-00 que contiene el proveído de la Dirección Ejecutiva, Nota Informativa N° 010-2023-OPE/HJATCH de fecha 24 de enero de 2023, Informe N° 003-2023-ET.PPTO-OPE/HJATCH de fecha 24 de enero de 2023, Informe técnico N°009-2023-E.T.PP-OPE/HJATCH de fecha 23 de enero de 2023, Informe N°018-2023/JUGC/HJATCH de fecha 18 de enero de 2023, solicitando la aprobación del **PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD DEL HOSPITAL JOSÉ AGURTO TELLO DE CHOSICA AÑO 2023**, y;

CONSIDERANDO:

Que, el numeral VI del Título Preliminar de la Ley General de Salud-Ley N° 26842, preceptúa que es "Responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad";

Que, con Resolución Ministerial N° 826-2021/ MINSa de fecha 05 de julio de 2021, se aprueba las "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud", entre sus objetivos específicos señala: establecer la aplicación de etapas estandarizadas, transparentes y explícitas para la emisión de los documentos normativos del Ministerio de Salud; brindar a las instancias proponentes de la regulación del Ministerio de Salud, una herramienta que facilite el desarrollo de sus funciones normativas;

Que, a través del Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444 – Ley del Procedimiento Administrativo General aprobado mediante Decreto Supremo N° 004-2019-JUS, tiene como finalidad establecer el régimen jurídico aplicable para que la actuación de la administración pública sirva a la protección del interés general, garantizando los derechos e intereses de los administrados y con sujeción al ordenamiento constitucional y jurídico;

Que, la mejora continua es una metodología de cambio que viene de la mano de los procesos de calidad total y propone la búsqueda permanente de pequeños cambios para trabajar mejor. En este marco, se entiende que se trabaja mejor o con mayor calidad si se generan mejores resultados, se potencia la eficiencia o se alcanzan niveles superiores en materia de clima laboral; es decir, las mejoras pueden darse en la dimensión interna o externa de la organización. En el marco de estos procesos, se alienta la presentación de ideas y sugerencias de los miembros de la organización, usuarios del servicio, proveedores, usuarios de la información, etc. El involucramiento de todos los miembros de la organización o área en los proyectos de mejora continua reduce la resistencia al cambio y actúa como un elemento motivador.

Que, el proyecto **PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD DEL HOSPITAL JOSÉ AGURTO TELLO DE CHOSICA AÑO 2023**, tiene como FINALIDAD, de contribuir a fortalecer los procesos de mejora continua de la calidad de atención en salud en el Hospital José Agurto Tello de Chosica;

que el presente documento es copia fiel del original
Sr. GOYA TAIPRA ALEJANDRO
FEDATARIO
27-Ene-2023
Ministerio de Salud



Que, con el propósito de proseguir con las acciones y procedimientos Administrativos necesarios para el cumplimiento de los objetivos institucionales propuestos, resulta pertinente atender lo solicitado por la jefatura de la Unidad Gestión de la Calidad, quien solicita la aprobación del **PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD DEL HOSPITAL JOSÉ AGURTO TELLO DE CHOSICA AÑO 2023**, mediante Resolución Directoral;

Que, mediante documento de Visto, la Oficina de Planeamiento Estratégico emite opinión técnica favorable, al documento propuesto por la Responsable de la Unidad Funcional de Asesoría Jurídica, quien solicita la aprobación del **PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD DEL HOSPITAL JOSÉ AGURTO TELLO DE CHOSICA AÑO 2023**, del Hospital José Agurto Tello, por lo que es necesaria su aprobación a través del presente acto resolutivo;

Con el visto bueno de la Oficina de Planeamiento Estratégico, Oficina de Administración, y de la Unidad Funcional de Asesoría Jurídica;

Estando a lo expuesto y en uso de las facultades conferidas por los artículos 10° y 11° del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital "José Agurto Tello" aprobado por Resolución Ministerial N° 656-2004/MINSA, concordante con la Resolución Ministerial N° 026-2023/MINSA.

SE RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO. - APROBAR el Documento Técnico: **PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD DEL HOSPITAL JOSÉ AGURTO TELLO DE CHOSICA AÑO 2023**, por los fundamentos expuestos en la parte considerativa y el mismo que en anexo adjunto forma parte integrante de la presente Resolución.

ARTICULO SEGUNDO. - ENCARGAR a la jefatura del de la Unidad de Gestión de la Calidad, realizar las acciones necesarias para la difusión y cumplimiento del presente Plan, aprobado en el artículo primero de la presente Resolución Directoral.

ARTICULO TERCERO. - PUBLICAR la presente Resolución en el Portal Institucional del Hospital "José Agurto Tello" de Chosica, en la Sección Transparencia

REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y PUBLÍQUESE.

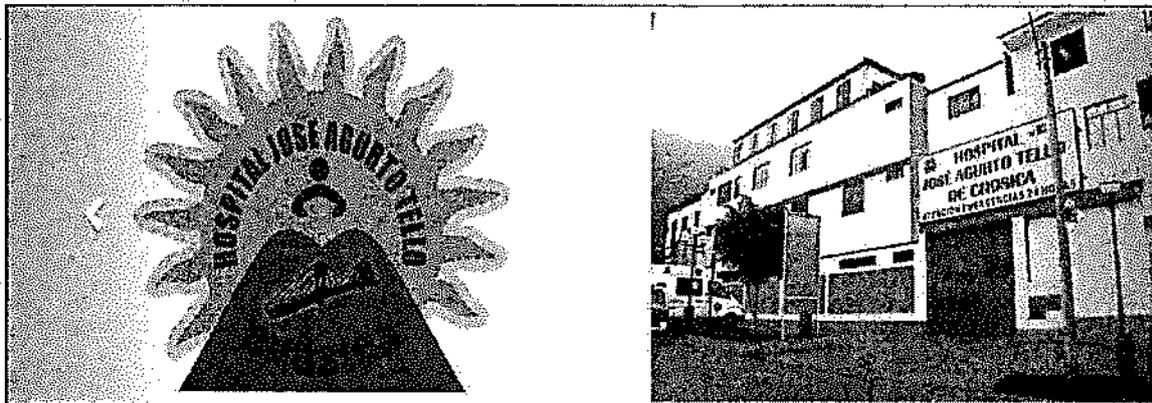
EPM/ICOO/ACL
Distribución:
 DE
 OA
 UFAI
 UFGRO
 OPE
 Comunicaciones

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL JOSÉ AGURTO TELLO DE CHOSICA
Dr. Eisel Pinado Michue
C.M.P.: 21956 - R.N.E.: 16717
DIRECTOR EJECUTIVO



PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD HOSPITAL

"JOSÉ AGURTO TELLO" DE CHOSICA



AÑO 2023



INDICE

	Pág.
I. Introducción	3
II. Finalidad	3
III. Objetivos	3
IV. Ámbito de aplicación	4
V. Base Legal	4
VI. Contenido	5
6.1. Aspectos Técnicos conceptuales	
6.2. Análisis de la situación actual	
6.3. Articulación Estratégica al POI	
6.4. Actividades Por Objetivos	
6.5. Presupuesto	
6.6. Financiamiento	
6.7. Acciones de Supervisión, Monitoreo y Evaluación del Plan	
VII. Responsabilidades	15
VIII. Anexos	



PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD

HOSPITAL "JOSE AGURTO TELLO" DE CHOSICA - AÑO 2023

I. INTRODUCCIÓN

La Misión del Sistema de Gestión de la Calidad es impulsar el desarrollo e implementación de los procesos de garantía y mejora de la calidad a través de la aplicación de políticas, normas y estándares de calidad internacionalmente reconocidos y aplicables a la realidad de las organizaciones de salud en el Perú, para mejorar la calidad de atención que se brinda y contribuir la calidad de vida de la población.

Es por ello que tomando en consideración los lineamientos formulados en el Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud" aprobado mediante RM N.º 519-2006/ MINSA, los Lineamientos de Políticas del Sector Salud y las normas y documentos Técnicos vigentes se desarrollan las diferentes actividades en el Hospital José Agurto Tello de Chosica. Así mismo se toma en cuenta los principios de solidaridad, universalidad, calidad, integralidad, equidad, eficiencia y eficacia.

El Plan de Gestión de la Calidad para el año 2023, se elabora además, considerando los criterios de Programación establecidos por el MINSA y la DIRIS Lima Este. Esperando la participación y el apoyo del Equipo de Gestión y todos los trabajadores de salud del Hospital, a fin de mejorar la calidad en temas de Seguridad del Paciente, disminuyendo los riesgos en la atención, mejorando los procesos asistenciales y administrativos, con un buen trato para lograr incrementar la satisfacción y bienestar de los usuarios externos.

Por tanto, este documento contiene una visión macro de dichas líneas de trabajo, con productos sujetos de evaluación, los cuales se encuentran acoplados al Plan Operativo Anual (POA) 2023 del HJATCH.

II. FINALIDAD:

Se elabora el presente Plan con la finalidad de contribuir a fortalecer los Procesos de Mejora Continua de la Calidad de atención en Salud en el Hospital José Agurto Tello de Chosica en el año 2023.

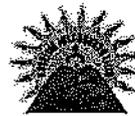
III. OBJETIVOS

1.1. OBJETIVO GENERAL.

Generar una Cultura de Calidad, sensible a las necesidades y expectativas de los usuarios externos e internos del hospital José Agurto Tello de Chosica.

1.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- 1.2.1. Organizar las actividades para la Calidad en Salud acorde a las políticas y lineamientos sectoriales.
- 1.2.2. Fortalecer las actividades que fomentan la Garantía de la Cultura de la Calidad y Mejora Continua.
- 1.2.3. Fortalecer las actividades destinadas al fomento de medios de escucha de los usuarios externos.



IV. AMBITO Y ALCANCE DE APLICACIÓN

El Plan de Gestión de la Calidad en Salud del Hospital José Agurto Tello, es de aplicación obligatoria en todos las Oficinas, Departamentos, Servicios, Unidades y Áreas del Hospital José Agurto Tello de Chosica.

La Dirección Ejecutiva del Hospital "José Agurto Tello" de Chosica dependiente La Dirección de Redes Integradas de Salud y el Ministerio de Salud, quiere dar a conocer el esfuerzo y las acciones técnico administrativo – asistenciales del equipo multidisciplinario del Hospital, de acuerdo con las actividades ejecutadas en el marco del Plan Operativo Institucional del ejercicio fiscal 2023.



V. BASE LEGAL:

- 5.1. Ley N° 26842 – Ley General de Salud.
- 5.2. Decreto Legislativo N° 1161, Decreto Legislativo que aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- 5.3. Decreto Supremo N° 002-2019- SA – aprueban Reglamento para la Gestión de Reclamos y denuncias de los usuarios de las instituciones administradoras de fondos de aseguramiento en salud - IAFAS, instituciones prestadoras de servicios de salud - IPRESS y unidades de gestión de instituciones prestadoras de servicios de salud - UGIPRESS, públicas, privadas o mixtas.
- 5.4. Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA aprueba el "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud".
- 5.5. R.M. N° 727-2009/MINSA Documento Técnico "Política Nacional de Calidad en Salud", 29 de octubre de 2009.
- 5.6. Directiva N° 049-MINSA/DGSP "Directiva para el funcionamiento del Equipo de Gestión de la Calidad de las Direcciones de Salud".
- 5.7. Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, que Aprueba la Norma Técnica N°050-MINSA/DGSP "Norma Técnica para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo. Listado de estándares de acreditación para establecimientos de salud con categorías I-2 hasta el III – 1 y servicios médicos de apoyo, dependiendo del nivel de categorización.
- 5.8. Resolución Ministerial N° 270-2009/MINSA, que aprueba la Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo. Volumen II.
- 5.9. Resolución Ministerial N° 502-2016/MINSA: Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud.
- 5.10. Resolución Ministerial N° 214-2018/MINSA, que aprueba la Norma Técnica N° 0139-MINSA/2018/DGAIN "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica".
- 5.11. Resolución Ministerial N°1021-2010/MINSA que aprueba la Guía técnica de Implementación de la Lista de verificación de la Seguridad de la Cirugía.
- 5.12. Resolución Ministerial N° 527-2011/MINSA, del 11 de julio del 2011, que aprueba "Guía Técnica para la Evaluación de la Satisfacción del Usuario Externo en los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo
- 5.13. R.M. N° .095-2012/MINSA Guía Técnica para la Elaboración de Proyectos de Mejora y la aplicación de Técnicas y Herramientas para la gestión de la calidad.
- 5.14. Resolución Ministerial N° 168-2015/MINSA, que aprueba el Documento Técnico Lineamientos para la vigilancia, prevención y control de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud.
- 5.15. R.M. N° 255-2016/MINSA - Guía Técnica para la Implementación del proceso de Higiene de manos en los Establecimientos de Salud.

"PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD DEL HOSPITAL JOSÉ AGURTO TELLO DE CHOSICA – AÑO 2023"

5.16. Directiva Sanitaria N° 005-IGSS/V.01 – Sistema de Registro y Notificación de Incidentes, eventos Adversos y Eventos Centinelas.

17. Resolución Ministerial N° 163-2020/MINSA, Aprueba la Directiva Sanitaria N°092-MINSA/2020/DGAIN "Directiva Sanitaria de Rondas de Seguridad del Paciente para la Gestión del Riesgo en la Atención de Salud"



VI. CONTENIDO

6.1. ASPECTOS TÉCNICOS CONCEPTUALES:

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

6.1.2. Sistema de Gestión de la Calidad: Es el conjunto de elementos interrelacionados que contribuyen a conducir, regular, brindara asistencia técnica y evaluar a los establecimientos de salud del Sector y a sus dependencias públicas y privadas del nivel nacional, regional y local, en lo relativo a la calidad de la atención y de la gestión.

6.1.3. Plan de Gestión de la Calidad: Documento de Gestión que especifica los componentes, Objetivos estratégicos, Indicador trazador, Definición Operacional, Fuente de verificación, meta de cumplimiento, meta de impacto, factor de concentración, periodicidad de reporte, responsables y Cronograma de actividades relacionados con Calidad de Atención en salud.

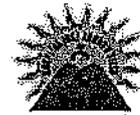
6.1.4. Evaluación: proceso mediante el cual se intenta obtener un juicio de valor o una apreciación de la bondad de un objeto, de una actividad, de un proceso o de sus resultados. Este proceso pone de relieve las cualidades, ventajas y debilidades de aquello que se evalúa. La evaluación permite obtener información fiable para la toma de decisiones en las tareas relacionadas con el desarrollo, mantenimiento y gestión de servicios de información. La evaluación es una herramienta de toma de decisiones.

6.1.5. Plan de Acción: Documento debidamente estructurado, por medio de la cual se busca materializar los objetivos previamente establecidos, dotándolos de elementos cuantitativos y verificables a lo largo del proyecto.

6.1.6. Proyecto de Mejora: Son proyectos orientados a generar resultados favorables en el desempeño y condiciones del entorno a través del uso de herramientas y técnicas de Calidad.

6.1.7. Autoevaluación: Es la fase inicial obligatoria de evaluación del proceso de acreditación, en el cual los establecimientos de salud cuentan con un equipo institucional de evaluadores internos previamente formados, hacen uso del listado de estándares de Acreditación y realizan una evaluación interna para determinar su nivel de cumplimiento e identificar sus fortalezas y áreas susceptibles de mejoramiento.

6.1.8. Auditoría de la Calidad de Atención en Salud: Es el mecanismo sistemático y continuo de la evaluación del cumplimiento de estándares de calidad en salud. Implica la realización de actividades de evaluación y seguimiento de proceso definidos como prioritarios; la comparación entre la calidad observada y la calidad esperada, la cual debe estar previamente definida mediante guías y normas técnicas, científicas y administrativas; y la adopción de medidas tendientes a corregir las desviaciones detectadas con respecto a los parámetros previamente establecidos.



"PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD DEL HOSPITAL JOSÉ AGURTO TELLO DE CHOSICA – AÑO 2023"

6.1.9. Seguridad del Paciente: Reducción o mitigación de actos inseguros dentro del sistema de salud a través del uso de las mejores prácticas, que garanticen la obtención de óptimos resultados para el paciente.

6.2. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL

6.2.1. Antecedentes

En el año 2022 con la disminución paulatina de los casos por el Covid-19 las actividades programadas en el plan de Gestión de la Calidad del HJATCH fueron mejorando en su desarrollo, tal es así que se logró realizar el 99.91% de las actividades programadas. Sin embargo se requiere de ir mejorando los resultados de cada línea de trabajo.

La Unidad de Gestión de la Calidad inició el año 2022 con 06 personas, 04 nombradas, 01 por CAS y 01 por Servicios de terceros; 03 en trabajo mixto y 03 en trabajo presencial. Para el presente año se continúa con el mismo número de personas con la diferencia que ahora todos realizan trabajo presencial.

6.2.2. Problema (magnitud y caracterización)

Según las líneas de acción se tienen los siguientes resultados, los mismos que requieren ir mejorando, son los siguientes:

- **En Seguridad del Paciente.** Las Rondas de Seguridad se cumplieron en un 100% de lo programado en el año, todos los servicios evaluados elaboraron los planes de acción de mejora llegando al cumplimiento de buenas prácticas del 76.4%, considerado como **Riesgo importante**.

En el reporte de Eventos Adversos: solo el 73.33% de servicios reportaron los Incidentes y Eventos Adversos durante el año 2022. El número de eventos adversos presentados por servicios son los siguientes:

SERVICIOS	Nº	%
CENTRO OBSTETRICO	15	28%
NEONATOLOGIA	9	16%
UCI	8	15%
G. OBSTETRICIA	5	9%
MEDICINA	8	14%
EMERGENCIA	1	2%
PEDIATRIA	3	5%
A. CONJUNTO	6	11%
TOTAL	55	100%

En la evaluación de la aplicación de la lista de Verificación de la Seguridad en la Cirugía (LVSC) se concluye que se cumple en el 83% en las 3 fases (entrada, pausa y salida), lo ideal es alcanzar al 100% en las 3 fases.

En la Adherencia a la Guía Técnica de Higiene de manos, el resultado es que el 76% del personal cumple con realizar la higiene de manos de manera correcta y en los momentos

“PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD DEL HOSPITAL JOSÉ AGURTO TELLO DE CHOSICA – AÑO 2023”

recomendados, pese a que se realizaron capacitaciones en higiene de manos al personal asistencial, falta aún mejorar.

- **En Auditoria de la Calidad de Atención en salud** se cumplió en un 100% de las auditorías de la Calidad de Atención (4), en auditoria de caso se logró el 150% de auditorías de caso (3 de 2 programados), en la auditoria de Registro se realizó las 1,353 llegando al 100% de la meta, se evalúan los registros de Médicos, Enfermeras y Obstetras en los servicios de Hospitalización, Emergencia Y Consultorios Externos.

Los resultados de la auditoria de registro de la HC fueron los siguientes:

MÉDICOS

SERVICIOS	Hospitalización	Emergencia	Consultorios Externos	Promedio	Calificación
Gineco Obstetricia	85.17	70.38	81.56	79.03	Por Mejorar
Pediatría	95.52	75.52	75.79	82.27	Por Mejorar
Traumatología	78.23	66.51	74.62	73.12	Deficiente
Medicina	92.31	78.65	73.86	81.60	Por Mejorar
Cirugía	82.90	66.69	62.73	70.77	Deficiente

ENFERMERAS

SERVICIOS	RESULTADO (%)	CALIFICACIÓN
Cirugía	90.79	Satisfactorio
Pediatría	85.80	Por Mejorar
Medicina	76.93	Por mejorar
Traumatología	67.74	Por Mejorar

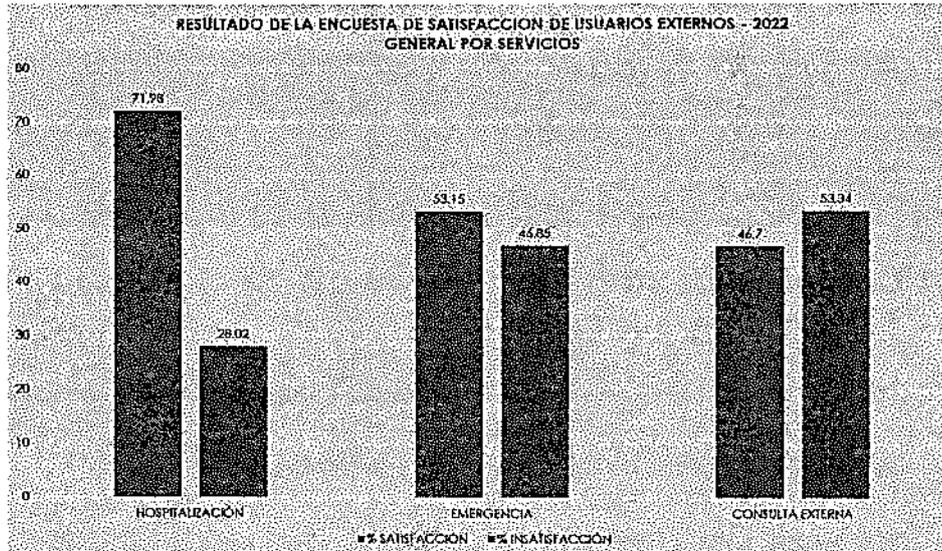
OBSTETRAS

SERVICIOS	RESULTADO (%)	CALIFICACIÓN
Centro Obstétrico	92.02	Satisfactorio
Hospitalización Obstetricia	95.60	Satisfactorio

- **Proyectos de Mejora.** En el año 2022 se conformaron 04 equipos para la implementación de proyectos de mejora, siendo los siguientes: a) para el fortalecimiento del Banco de sangre, b) Cero Papel, c) el Buen trato y d) Optimización de los flujos de los certificados médicos. Se logró elaborar el Proyecto de Mejora para el fortalecimiento del Banco de Sangre y fue aprobado con R.D. y se encuentra en implementación. Los demás proyectos se encuentran en proceso de elaboración.
- **Acreditación.** La autoevaluación de Acreditación se llevó a cabo entre los meses de octubre y noviembre, alcanzado de manera global el 73% el cual en comparación al año 2021 se incrementó en 4%. No se alcanzó el puntaje para solicitar una evaluación Externa, por lo que nos queda implementar mejoras en los criterios con calificaciones de 0 y 1.
- **En Información para la Calidad.** Se realizó las encuestas de satisfacción de los Usuarios externos (SERVQUAL) en Consulta Externa, Emergencia y Hospitalización, de manera telefónica, teniendo como resultado lo siguientes:



"PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD DEL HOSPITAL JOSÉ AGURTO TELLO DE CHOSICA – AÑO 2023"



Así mismo se realizó mediciones del tiempo de espera de pacientes de cirugía y ginecología para ser hospitalizados (12 días en promedio).

- **Capacitación (PDP)** En el año 2022 se fortaleció las capacitaciones al personal de Salud en la higiene de manos de manera personalizada y de manera virtual, se realizaron capacitaciones en Auditoría, Acreditación y Seguridad del paciente, y de los trabajadores de la salud, herramientas para el buen trato, la mayoría de estas capacitaciones se realizaron de manera virtual y se tuvo la participación de mayor número de trabajadores que cuando se realizaba de manera presencial y presencial. Las actividades programadas en el PDP se cumplieron en un 65 % de lo programado.

6.2.3. Causa del Problema.

Cada línea de acción tienen diferentes causas para llegar a los resultados óptimos de calidad, sin embargo podemos mencionar que muchos son por la actitud del personal de salud, el compromiso de cumplir con las normas técnicas, otros son por que los documentos normativos no están actualizados y también la parte del presupuesto que asignan al hospital es insuficiente para cubrir las necesidades de los servicios e implementar mejoras.

6.2.4. Población o entidades objetivos.

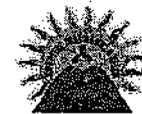
Las actividades de la unidad de Gestión de la Calidad van dirigidas a Implementar acciones y Proyectos de Mejora, por lo tanto el objetivo es brindar datos y resultados de encuestas, evaluaciones, monitoreo, etc. A la Dirección Ejecutiva y todos los órganos asistenciales y administrativos para la implementación de la mejorar continua de la calidad de atención en el Hospital José Agurto Tello de Chosica.

6.2.5. Alternativas de Solución

- **Asesorar a los equipos de mejora y jefaturas de Departamento, Unidades y servicios en la elaboración de acciones y proyectos de mejora.**
- **Capacitar al personal de salud en la elaboración de acciones y Proyectos de Mejora**

6.3. ARTICULACIÓN ESTRATÉGICA CON EL POI-2023 del HJATCH

Las actividades programadas en el plan de Gestión de la Calidad se encuentran incluidas dentro de Acciones Centrales, financiado con Recursos Ordinarios.



"PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD DEL HOSPITAL JOSÉ AGURTO TELLO DE CHOSICA – AÑO 2023"

CATEGORÍA PRESUPUESTAL	ACTIVIDAD ID	ACTIVIDAD	ACTIVIDAD OPERATIVA
5000003	2020001380071	AD10013800242	5000003 - ACCIONES DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

Las actividades operativas están incluidas en el POI -2023 en las actividades operativas en tres líneas de acción importantes como son:

- Planificación para la Calidad en Salud, alineada a las políticas y lineamientos del sector.
- Garantía de la Cultura de Calidad y mejora Continua.
- Información para la Calidad.

6.4. ACTIVIDADES POR OBJETIVOS

6.4.1. Objetivo Específico N° 1: Organizar las actividades para la Calidad en Salud acorde a las políticas y lineamientos sectoriales.

TAREA	UM TAREA	DE LA	META FÍSICA DE HJATCH AÑO 2023
Elaboración y aprobación del Plan de Gestión de la Calidad en Salud 2023.	Plan RD	aprobado	1
Reuniones Técnicas de coordinación, socialización y análisis de resultados del Sistema de Gestión de la Calidad.	Actas		4
Evaluación de la ejecución del Plan de Gestión de la Calidad en Salud 2023.	Informe		4

6.4.2. Objetivo Específico N° 2: Fortalecer las actividades que fomentan la Garantía de la Cultura de la Calidad y Mejora Continua.

TAREA	UM TAREA	DE LA	META FÍSICA DE HJATCH AÑO 2023
Elaboración y aprobación del Plan de Seguridad del Paciente.	Plan RD	aprobado	1
Conformación del equipo conductor de implementación de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía.	Equipo conductor con Resolución Directoral		1
Encuesta de evaluación de la implementación de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía.	Informe		2
Informe de los procesos de Gestión del Riesgo y las Buenas Prácticas en Seguridad del Paciente: Notificación y análisis de eventos adversos y/o eventos centinela.	Informe		4
Informes de Buenas Prácticas: Implementación (capacitación) y adherencia del proceso de higiene de lavado de manos.	Informe		4
Informes de Buenas Prácticas: Rondas de seguridad.	Informe		4



"PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD DEL HOSPITAL JOSÉ AGURTO TELLO DE CHOSICA – AÑO 2023"

Conformación de Equipo de Evaluadores Internos y equipo de acreditación para la Autoevaluación.	Equipo de evaluadores internos y equipo de acreditación. Aprob. con R.D.	2
Capacitación a Evaluadores Internos en la Norma Técnica de Salud: Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo	Informe de capacitación	1
Elaboración y aprobación del Plan de autoevaluación	Plan aprobado con RD.	1
Implementación del proceso de autoevaluación y seguimiento de las recomendaciones dejadas en el presente informe.	Informe (comunicación de inicio e informe Técnico)	2
Implementación de proyectos y/o acciones de mejoras con relación a las líneas de acción del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud.	Informe	2
Conformación de comité de auditoría médica y comité de auditoría en salud formalmente designado y cumplen con el perfil establecido según NT N° 029-MINSA/DIGPRES.V02.	CAS y CAM aprobado con RD	2
Capacitación a auditores médicos en la Norma Técnica de Salud de auditoría de la calidad de atención en salud de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo	Informe de capacitación	1
Elaboración y aprobación del Plan de Auditoría en Calidad en Salud	Plan aprobado con RD	1
Implementación de las de auditorías de la calidad de atención correspondientes a la jurisdicción adscrita a la IPRESS. (y 20% de evaluación de registro de H.C.)	Informe	4
Elaboración de auditorías de Caso (con énfasis en casos de muerte materna y eventos centinela).	Informe	2
Informe anual de cumplimiento de recomendaciones dejadas en la auditoría de la calidad de atención y auditoría de caso.	Informe	1
Evaluación de adherencia de guías de Práctica Clínica de cualquiera de las morbilidades planteadas: TBC Sensible, Control Prenatal, Hipertensión Arterial y Depresión.	Informe	2

6.4.3. Objetivo Específico N° 3; Fortalecer las actividades destinadas al fomento de medios de escucha de los usuarios externos.

TAREA	UM DE LA TAREA	META
		AÑO 2023
Elaboración del informe de medios de escucha: buzón de sugerencias, de las IPRESS de la jurisdicción de Lima Este.	Informe	4
Ejecución de encuestas de satisfacción de los usuarios externos en consulta externa, hospitalización y emergencia.	Encuestas	1
Elaboración del informe con los resultados, obtenidos en la medición de la satisfacción de los usuarios externos, incluye análisis y recomendaciones a partir de los resultados de la encuesta.	Informe	1
Elaboración del informe de libro de Reclamaciones, que incluye un consolidado del número de reclamos y quejas del establecimiento de Salud.	Informe	4



"PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD DEL HOSPITAL JOSÉ AGUIRRE TELLO DE CHOSICA – AÑO 2023"

6.5. PRESUPUESTO Y FUENTES DE FINANCIAMIENTO

6.5.1. Los recursos materiales y/o insumos: (de acuerdo con el cuadro de necesidades)

- Recursos Ordinarios (RO)

FINANCIAMIENTO: Especifica de Gasto (Partida)	Monto
Clasificador de Gasto 23.1.5.1.2.	S/.5000.00
Clasificador de Gasto 23.2.9.1.1	S/.9200.00
TOTAL	S/.14200.00



6.5.2. Requerimiento de Bienes y Servicios:

Bienes:

ACTIVIDAD; 50000003 GESTION ADMINISTRATIVA

META SIAF:00003-0007981: ACCIONES DEL SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD

N	CLASIFICADOR	CODIGO SIGA	DESCRIPCIÓN DE LOS RECURSOS, INSUMOS Y/O MATERIALES	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD TOTAL	COSTO UNITARIO	PRECIO TOTAL (S/)
1	2.3.1.5.1.2.		GASTOS POR LA ADQUISICIÓN DE PAPELERÍA EN GENERAL, ÚTILES Y MATERIALES DE OFICINA, TALES COMO: ARCHIVADORES, BORRADORES, CORRECTORES, IMPLEMENTOS PARA ESCRITORIO EN GENERAL; MEDIOS PARA ESCRIBIR, NUMERAR Y SELLAR; PAPELES, CARTONES Y CARTULINAS; SUJETADORES DE PAPEL; ENTRE OTROS AFINES.	UNIDAD/ EMPAQUE x25/ EMPAQUE x50/			3,353.73
TOTAL							3,353.73

Servicios:

a. Recursos Humanos:

PROFESIONAL	NOMBRADOS	DESTACADO	CAS	SERVICIO DE TERCEROS	TOTAL
Médicos				1	1
Enfermeras	4				4
Técnico Administrativo			1		1
TOTAL	4		1	1	6

N	CLASIFICADOR	CODIGO SIGA	DESCRIPCIÓN	CONDICION	UNIDAD DE MEDIDA	N° DE PROFESIONAL	MONTO POR PROFESIONAL	MONTO TOTAL MENSUAL	MONTO TOTAL ANUAL
1	2.3.27.3.1	3505000200003	CONTRATACIÓN DE PERSONAL MEDICO AUDITOR	TERCERO	SERVICIO	1	6500	6500	78,000.00
2	2.3.2.8.1.1		CONTRATACIÓN DE PERSONAL TÉCNICO ADMINISTRATIVO	CAS	SERVICIO	1	1700	1700	20,400.00
TOTAL							8200	8200	98,400.00



"PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD DEL HOSPITAL JOSÉ AGURTO TELLO DE CHOSICA – AÑO 2023"

b. Recursos Informáticos y equipo inmobiliario

CODIGO INTERNO	DENOMINACION	MARCA	MODELO	SERIE
5662	ACUMULADOR DE ENERGIA - EQUIPO DE UPS	APC	BR 550 GI	3B1149X05383
6774	ACUMULADOR DE ENERGIA - EQUIPO DE UPS	AMERICAN POWER	L	3359
1964	ARCHIVADOR DE MELAMINA	SIN MARCA	SIN MODELO	SIN SERIE
6335	ARMARIO DE MELAMINA	SIN MARCA	SIN MODELO	SIN SERIE
1954	ESCRITORIO DE MELAMINA EN FORMA DE L	SIN MARCA	SIN MODELO	SIN SERIE
5863	ESCRITORIO DE METAL	SIN MARCA	SIN MODELO	SIN SERIE
3860	ESTANTE DE MELAMINA	SIN MARCA	SIN MODELO	SIN SERIE
1521	MESA DE NOCHE DE METAL - VELADOR DE METAL	SIN MARCA	SIN MODELO	SIN SERIE
303	MESA DE NOCHE DE METAL - VELADOR DE METAL	SIN MARCA	SIN MODELO	SIN SERIE
123	MESA DE NOCHE DE METAL - VELADOR DE METAL	SIN MARCA	SIN MODELO	SIN SERIE
6737	MONITOR LED	LENOVO	LT2013S	V5230254
5604	MONITOR PLANO	AOC	200LM00009	ADPB50A001036
6459	MONITOR PLANO	HP	LV2011	CNC308Q45K
4086	PIZARRA ACRILICA	SIN MARCA	SIN MODELO	SIN SERIE
3745	SILLA FIJA DE METAL	SIN MARCA	SIN MODELO	SIN SERIE
2392	SILLA FIJA DE METAL	SIN MARCA	SIN MODELO	SIN SERIE
3758	SILLA GIRATORIA DE METAL	SIN MARCA	SIN MODELO	SIN SERIE
2367	SILLA GIRATORIA DE METAL	SIN MARCA	SIN MODELO	SIN SERIE
6738	TECLADO - KEYBOARD	LENOVO	KU-0225	2303604
5605	TECLADO - KEYBOARD	LENOVO	KU-0225	2303003
6014	TECLADO - KEYBOARD	LENOVO	KU-0225	3489266
7191	TELEFONO DIGITAL	MITEL	5320	ISZFW1739OLO
3960	UNIDAD CENTRAL DE PROCESO - CPU	HP	DC-8500	MXJ912035S
5603	UNIDAD CENTRAL DE PROCESO - CPU	LENOVO	THINKCENTRE	SMJFKPLF
6108	UNIDAD CENTRAL DE PROCESO - CPU	LENOVO	M82	SMIYWMVA
6736	UNIDAD CENTRAL DE PROCESO - CPU	LENOVO	83SFF	MJO1MUGN

c. (Enumere los recursos/ materiales que en la actualidad cuenta para el plan anual verificar con patrimonio).

ITEM	COD. PATRIM.	DESCRIPCION				
		DENOMINACION	MARCA	MODELO	ESTADO	OBSERVACION
1	06108	CPU	LENOVO	THINKCENTER	REGULAR	CONSERVADO
2	06459	MONITOR	HP	HPLV2011	REGULAR	CONSERVADO
3	06737	MONITOR	LENOVO	THINKVISION	REGULAR	CONSERVADO
4	06736	CPU	LENOVO	THINKCENTER	REGULAR	CONSERVADO
5	05604	MONITOR	AOC		REGULAR	CONSERVADO
6	05603	CPU	LENOVO	THINKCENTER	REGULAR	CONSERVADO
7	03885	MONITOR	SAMSUNG		REGULAR	CONSERVADO
8	03960	CPU	HP		MAL ESTADO	PARA CAMBIO



"PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD DEL HOSPITAL JOSÉ AGURTO TELLO DE CHOSICA – AÑO 2023"

9	1954	ESCRITORIO DE MADERA	S/M		REGULAR	CONSERVADO
10	05863	ESCRITORIO DE METAL	S/M		REGULAR	CONSERVADO
11	1967	ESCRITORIO DE MADERA	S/M		REGULAR	CONSERVADO
12	0048	ESCRITORIO DE MADERA	S/M		REGULAR	CONSERVADO
13	003860	ESTANTE DE MELAMINA	S/M		REGULAR	PARA CAMBIO
14	1164	ESTANTE DE MADERA	S/M		REGULAR	CONSERVADO
15	1452	ESCRITORIO MADERA	S/M		REGULAR	CONSERVADO
16	4086	PIZARRA ACRÍLICA	S/M		PICADO	PARA CAMBIO
17	1964	ESTANTE DE MADERA	S/M		REGULAR	CONSERVADO
18	6335	ARMARIO DE MELAMINE	S/M		REGULAR	CONSERVADO
19	0123	MESA DE METAL	S/M		REGULAR	CONSERVADO
20	3758	SILLA GIRATORIA	S/M		OPERATIVO	PARA CAMBIO
21	2392	SILLA GIRATORIA	S/M		OPERATIVO	PARA CAMBIO
22	3745	SILLA GIRATORIA	S/M		OPERATIVO	PARA CAMBIO
23	3475	SILLA	S/M		ROTA	PARA CAMBIO

Recursos por Adquirir:

N	BIENES/SERVICIOS (DESCRIPCIÓN SIGA)	CLASIFICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	PRECIO UNITARIO ESTIMADO (*)	PRECIO ESTIMADO	CANTIDAD	PRECIO TOTAL (S/)
1	2.6.3.2.3.1		UNIDAD	COMPUTADORA PERSONAL PORTÁTIL	10,138.650	1	S/ 10,138.650
2	2.6.3.2.3.1		UNIDAD	IMPRESORA MULTIFUNCIÓN AL: COPIADORA, IMPRESORA, ESCANNER	20,717.00	1	S/. 20,717.00
3	2.6.3.2.3.1		UNIDAD	MONITOR PLANO	407.37	4	S/ 1,629.48
4	2.6.3.2.3.1		UNIDAD	UNIDAD CENTRAL DE PROCESO	5,265.35	4	S/. 21,061.4
5	2.6.3.2.1.2		UNIDAD	SILLA GIRATORIA DE METAL	250.00	1	S/. 250.00
6	2.6.3.2.1.2		UNIDAD	VENTILADOR ELÉCTRICO PARA MESA O PIE	50.00	2	S/. 100.00
MONTO TOTAL DE REQUERIMIENTO DE BIENES Y SERVICIOS POR ADQUIRIR							S/. 53,896.53



"PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD DEL HOSPITAL JOSÉ AGURTO TELLO DE CHOSICA – AÑO 2023"

(*) Precio unitario estimado correspondiente a valores referenciales consignados en CATÁLOGO PRECIO SIGA

TOTAL DE BIENES Y SERVICIOS

N°	TOTAL DE BIENES Y SERVICIOS	PRECIO TOTAL
1	BIENES DE ALMACEN	S/ 3,353.73
2	SERVICIOS	S/ 99,600.00
3	REQUERIMIENTO DE BIENES Y SERVICIOS POR ADQUIRIR	S/ 53,896.53
MONTO TOTAL DE BIENES Y SERVICIOS		S/ 157,814.88

6.6. FINANCIAMIENTO

Con el presupuesto asignado a la U.G.C. 2023 (Ver anexo2)

Fuente de financiamiento = Recursos Ordinarios

6.7. ACCIONES DE SUPERVISIÓN, MONITOREO Y EVALUACIÓN DEL PLAN

La Supervisión a la Unidad de Gestión de la Calidad y el cumplimiento del Plan generalmente es realizada por el DIRIS L.E, SUSALUD, MINSA y Contraloría de la República.

El Monitoreo y la Evaluación lo realizan cada responsable de las líneas de Acción y la jefatura de la Unidad de Gestión de la Calidad y la Dirección Ejecutiva.

Indicadores de Monitoreo:





"PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD DEL HOSPITAL JOSÉ AGURTO TELLO DE CHOSICA – AÑO 2023"



INDICADOR	FORMA DE CALCULO	LÍNEA DE BASE (resultado 2022)	VALOR ESPERADO (para año 2022)	FUENTE	PERIODICIDAD
Autoevaluación para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo vigente	Reporte del Aplicativo de Acreditación	73%	>80%	Informe de la UGC. Resultado de la Autoevaluación de Acreditación HJATCH	Anual
Adherencia a la Higiene de manos	Observación de la higiene de manos del personal que labora en servicios críticos.	76%	Al 80%	Informe de Adherencia a la Higiene de manos de la UGC.	Trimestral
% de usuarios externos satisfechos (Consulta Externa, Hospitalización y Emergencia)	N° de usuarios satisfechos/Total de Usuarios Encuestado *100	C. Ext. = 45.3% Emerg = 32.3% Hospt. = 66.3%	C. Ext. = 60.0% Emerg = 60.0% Hospt. = 70.0%	Resultados de la Encuesta SERVQUAL por servicios.	Anual
Resultado de Rondas de Seguridad el Hospitalización COVID 19	Reporte del aplicativo de Rondas de Seguridad	76.4%	> 80%	Informe de Rondas de Seguridad	Trimestral
Adherencia alas GPC	N° de H.C. con adherencia > o igual al 80% x 100 / N° de H.C. auditadas en el servicio	89.5%	95%	Informe de la Adherencia a las GPC.	Anual
% de Atención de Reclamos	numero de quejas atendidas x 100/ número total de quejas recepcionadas	60%	80%	Informe trimestral de Atención de reclamos	Trimestral

La matriz de Programación se encuentra en el anexo 1

VII. RESPONSABILIDADES

- El director ejecutivo del Hospital quien debe aprobar el presente Plan mediante Resolución Directoral y brindar su apoyo para el cumplimiento de las actividades planteadas.
- Los jefes de Departamentos, Unidades y Servicios están inmersos en el cumplimiento de las actividades del presente plan, sobre todo implementado las acciones y/o proyectos de mejora en sus servicios.
- La oficina de Planeamiento Estratégico debe asignar recursos para el cumplimiento de las actividades.
- El equipo de trabajo de la Unidad de Gestión de la calidad debe impulsar el trabajo a desarrollar en cada uno de los Servicios del Hospital realizando el seguimiento a las recomendaciones de los informes.
- Todos los trabajadores están inmersos en el cumplimiento del plan mejorando el buen trato a los pacientes y generando Prácticas seguras en la Atención de Salud.



VIII. ANEXOS

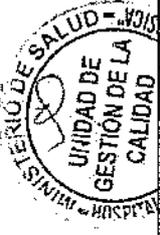




"PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD DEL HOSPITAL JOSÉ AGURTO TELLO DE CHOSICA - AÑO 2023"
ANEXO 1 PROGRAMACIÓN DE METAS FÍSICAS

Objetivo General: Garantizar y mejorar de forma continua la calidad de atención de los servicios de salud en el Hospital José Agurto Tello de Chosica.
PROGRAMACIÓN Y CRONOGRAMA DEL PLAN DE ACTIVIDADES DE LA UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD - 2023

TAREA	UNIDAD DE LA TAREA	DEFINICIÓN OPERACIONAL	META FÍSICA DE HUATCH	I TRIM PROG			II TRIM PROG			III TRIM PROG			IV TRIM PROG			RESPONSABLE
				Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Set	Oct	Nov	Dic	
Elaboración y aprobación del Plan de Gestión de la Calidad en Salud 2023.	Plan aprobado RD	Se elabora el PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD (incluye monitoreo y evaluación, con verificación del cumplimiento de documentos normativos y técnicos del sistema de gestión de la calidad, además incluye las diferentes líneas de acción: auditoría, acreditación, seguridad del paciente, evaluación de adherencia: a las guías de práctica clínica, evaluación de satisfacción del usuario externo, medios de escucha al usuario y proyectos de mejora.)	1	1												CALIDAD DEL HOSPITAL
Reuniones Técnicas de coordinación, socialización y análisis de resultados del Sistema de Gestión de la Calidad.	Actas	Reunión para coordinación, socialización y análisis de los avances por trimestre, incluye identificación de estrategias para el cumplimiento de objetivos de metas establecidas por líneas de acción.	4		1				1						1	CALIDAD DEL HOSPITAL
Evaluación de la ejecución del Plan de Gestión de la Calidad en Salud 2023.	Informe	Evaluación del cumplimiento de las actividades programadas en el Plan de Gestión de la Calidad en Salud (por trimestre).	4			1				1					1	CALIDAD DEL HOSPITAL
Elaboración y aprobación del Plan de Seguridad del Paciente.	Plan aprobado RD	Se elabora el PLAN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE (incluye información relacionada a la notificación y consolidación de eventos adversos, eventos centinelas, rondas de seguridad y lavado de manos, IAAS, Lista de verificación de cirugía segura)	1		1											CALIDAD DEL HOSPITAL - COMITÉ DE SEGURIDAD DEL PACIENTE DEL HOSPITAL
Conformación de equipo conductor de implementación de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía.	Equipo conductor con Resolución Directorial	Equipo conductor designado mediante resolución o documento oficial de sus respectivos hospitales nivel I, II, III de atención, quienes implementarán la lista de verificación de la seguridad de la cirugía, los cuales remiten información trimestral sobre avances en el proceso.	1		1											EQUIPO CONDUCTOR DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE CIRUGÍA SEGURA (LVCS)
Ejecución de evaluación de la implementación de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía.	Informe	Informe con resultado de Encuesta de evaluación de la implementación de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía de todas las IPRESS, donde se realizan intervenciones quirúrgicas y han sido remitidos al MINSA, para su respectivo análisis, según lo señalado en la RM N° 1021-2010/MINSA que aprueba la Guía Técnica de implementación de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía.	2							1					1	EQUIPO CONDUCTOR DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE CIRUGÍA SEGURA (LVCS)



"PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD DEL HOSPITAL JOSÉ AGUIRRE TELLO DE CHOSICA – AÑO 2023"

TAREA	UM DE LA TAREA	DEFINICIÓN OPERACIONAL	META FÍSICA DE HIATCH	IV TRIM PROG												RESPONSABLE		
				Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic			
Informe de los procesos de Gestión del Riesgo y las Buenas Prácticas en Seguridad del Paciente. Notificación y análisis de eventos adversos y/o eventos sentinela en la IPRESS de segundo y tercer nivel.	Informe	Informes con el consolidado de registro, notificación y análisis de eventos adversos y/o eventos sentinela, remitidos por la IPRESS a la DIRIS Lima Este, donde se detalla la metodología, causa raíz de análisis de los Eventos Adversos presentados en cada institución. Así mismo sobre la intervención en Eventos Adversos de todo el personal involucrado, de tal manera que los miembros tengan los conocimientos sobre el manejo de estas situaciones, antes, durante y después del evento con el fin de no repetir el evento adverso	4			1											1	CALIDAD DEL HOSPITAL- OTROS SERVICIOS INVOLUCRADOS
Informes de Buenas Prácticas, implementación y adherencia del proceso de higiene de lavado de manos en la IPRESS de segundo y tercer nivel.	Informe	Informe de las actividades desplegadas (capacitación, evaluación y adherencia a la técnica de lavado de manos en servicios priorizados), por parte de los responsables de gestión de la calidad en coordinación con responsable de epidemiología y otros)	4			1											1	CALIDAD DEL HOSPITAL- EPIDEMIOLOGIA, BIOSEGURIDAD
Informes de Buenas Prácticas, Rondas de seguridad en la IPRESS de segundo y tercer nivel.	Informe	Informe de las actividades desplegadas en Rondas de seguridad (Herramienta de calidad que permite evaluar la ejecución de buenas prácticas de la Atención en salud, recomendada para fortalecer la cultura de seguridad del paciente).	4														1	CALIDAD DEL HOSPITAL
Conformación de Equipo de Evaluadores Internos y equipo de acreditación para la Autoevaluación	Equipo de evaluadores internos y equipo de acreditación aprobado por el Director Médico.	Un (01) Documento formal que designa a los Equipos de Evaluadores Internos y equipo de acreditación para la Autoevaluación. Entendiéndose como equipo de evaluadores internos a aquellos seleccionados por la autoridad institucional y con criterios de selección, quienes reciben el entrenamiento para la correcta aplicación de los instrumentos a utilizar, despliegue de técnicas de evaluación e instrumentación para la evaluación de los criterios de evaluación y reciben todas las facilidades para cumplir con sus funciones en los tiempos establecidos. El comité de acreditación designado por la autoridad institucional, la misma que dispone su conformación en los E.S de nivel I y II-2, y servicios medico de apoyo, estará integrado por cada uno de los jefes de los servicios y o departamentos del mencionado establecimiento.	2															CALIDAD DEL HOSPITAL
Capacitación a Evaluadores Internos en la Norma Técnica de Salud: Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo	Informe de capacitación	Capacitación a evaluadores internos, quienes reciben entrenamiento para la correcta aplicación de los instrumentos a utilizar, despliegue de técnicas de evaluación e instrumentación para la evaluación de los criterios de evaluación y reciben todas las facilidades para cumplir con sus funciones en los tiempos establecidos.	1															CALIDAD DEL HOSPITAL
Elaboración y aprobación del Plan de autoevaluación	Plan aprobado con RD.	Se elabora el Plan de autoevaluación (incluye todos los macroprocesos de acuerdo a categorización de la IPRESS), el plan es elaborado por los evaluadores internos y es aprobado por la autoridad institucional, en el que se asigna simultáneamente a los responsables de servicio / departamento que interactúan con los evaluadores internos.	1															Equipo de Evaluadores Internos del HOSPITAL
Ejecución del proceso de autoevaluación y seguimiento de las recomendaciones dejadas en el presente informe	Informe	Informe técnico de resultados de autoevaluación, presentado a la autoridad institucional (incluye la ejecución del plan de autoevaluación, comprende la realización de las acciones planificadas en los términos previstos en el Plan; a cargo de evaluadores internos y los evaluados, designados, con quienes deban interactuar), contiene las recomendaciones para las acciones de mejoramiento continuo y el desarrollo de planes de acción respectivos que se deban implementar.	2														1	Equipo de Evaluadores Internos del HOSPITAL



"PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD DEL HOSPITAL JOSÉ AGUIRRE TELLO DE CHOSICA – AÑO 2023"

TAREA	UNIDAD DE LA TAREA	DEFINICIÓN OPERACIONAL	META FÍSICA DE MATCH AÑO 2023	I TRIM PROG			II TRIM PROG			III TRIM PROG			RESPONSABLE				
				Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Agos	Sep		Oct	Nov	Dic	
Capacitación a Personal de Salud del EESS en Proyectos de Mejora, Continuidad de la Calidad	Informe de capacitación	Informe de capacitación en relación a la elaboración de Proyectos de Mejora de la Calidad, a los equipos de mejora	2				1	1									CALIDAD DEL HOSPITAL
Implementación de proyectos y/o acciones de mejoras en relación a las líneas de acción del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud.	Informe	Informe con los resultados del desarrollo de proyectos y/o acciones de mejora en base a la problemática identificada, referente a las líneas de acción del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud u otros ítem que así lo requieran.	2					1							1		CALIDAD DEL HOSPITAL
Conformación de comité de auditoría médica y comité de auditoría en salud formalmente designado y cumplido con el perfil establecido según NT N° 029-MINSA/DIGPRES-V02.	CAS y CAM aprobado con RD	Los Establecimientos de Salud, deben constituir el comité de auditoría en salud y el Comité de Auditoría Médica, como unidades funcionales permanentes, los cuales mantendrán coordinación con la unidad orgánica responsable de la gestión de la calidad en salud del establecimiento. Ambos comités están integrados por auditores de la calidad en salud con experiencia, y serán oficializados a través de un documento de aprobación del Director del establecimiento de salud o del servicio médico de apoyo o del que haga sus veces.	2		2												CALIDAD DEL HOSPITAL
Capacitación a auditores médicos en la Norma Técnica de Salud de auditoría de la calidad de atención en salud de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo	Informe de capacitación	Capacitación a auditores médicos en la Norma Técnica de Salud de auditoría de la calidad de atención en salud de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo en su Versión 02	1		1												CALIDAD DEL HOSPITAL
Elaboración y aprobación del Plan de Auditoría en Calidad en Salud	Plan aprobado con RD	Se elabora el Plan de Auditoría De la Calidad de Atención En salud (incluye auditorías programadas, auditoría de caso y auditorías de registro de la calidad de atención (20%)	1		1												CALIDAD DEL HOSPITAL -CAM y CAS
Elaboración de auditorías de la calidad de atención correspondientes a la jurisdicción adscrita a la IPRESS.	Informe	Auditoría de la Calidad de Atención: Es el mecanismo sistemático y continuo de evaluación del cumplimiento de estándares de calidad en salud. Informe de Auditoría, es el documento que contiene los resultados de la Auditoría ejecutada, mediante el cual se comunica los resultados a la unidad de gestión de la calidad de la DIRIS según solicitud.	4					1						1			CALIDAD DEL HOSPITAL -CAM y CAS
Elaboración de auditorías de Caso (con énfasis en casos de muerte materna y eventos centinela)	Informe	Auditoría de caso: Es aquella que por su implicancia en las políticas de la organización, su carácter legal, en mérito a los reclamos, quejas y/o denuncias presentadas; su complejidad requieran un manejo especial que obliga a la participación de diferentes especialidades asistenciales incluyendo muchas veces funciones operativo-administrativas del establecimiento de salud. Informe de Auditoría, es el documento que contiene los resultados de la Auditoría ejecutada, mediante el cual se comunica los resultados a la unidad de gestión de la calidad de la DIRIS según solicitud.	2						1						1		CALIDAD DEL HOSPITAL -CAM y CAS
Informe de Seguimiento de recomendaciones producto de auditoría de la calidad de atención y auditoría de caso	Informe	Evaluación del cumplimiento de las recomendaciones dejadas en los informes de auditoría programados y auditorías de caso realizadas en las IPRESS de la jurisdicción adscrita.	2							1					1		CALIDAD DEL HOSPITAL
Evaluación de adherencia de guías de Práctica Clínica de cualquiera de las morbilidades planteadas: TBC Sensible, Control Prenatal, Control Prenatal, Hipertensión Arterial y Depresión.	Informe	1- Informe con los resultados de la evaluación de adherencia de guías de práctica clínica priorizadas de acuerdo a TBC Sensible, Control Prenatal, hipertensión arterial y depresión y / otras patologías que así lo requieran.	2											1	1		CALIDAD DEL HOSPITAL -CAM y CAS



"PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD DEL HOSPITAL JOSÉ AGURTO TELLO DE CHOSICA – AÑO 2023"

TAREA	UM DE LA TAREA	DEFINICIÓN OPERACIONAL	META FÍSICA DE HJATCH AÑO 2023												RESPONSABLE
			I TRIM. PROG			II TRIM. PROG			III TRIM. PROG			IV TRIM. PROG			
			Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	
Elaboración del informe de medios de encuesta, buzón de sugerencias, de las IPRESS de la jurisdicción de Lima Este.	Informe	Elaboración del informe de medios de encuesta con los resultados obtenidos a partir del buzón de sugerencias, incluye análisis y recomendaciones a partir de los resultados.	4		1			1							CALIDAD DE HOSPITAL
Ejecución de encuestas de satisfacción de los usuarios externos en consulta externa, hospitalización y emergencia.	Encuestas	Medición del grado de satisfacción y buen trato del usuario externo mediante la aplicación de encuestas SERVQUAL modificada, procesamiento y reporte con el aplicativo (formato Excel), en 350 de consulta externa, 350 hospitalización y 350 de emergencia.	1050				1050								CALIDAD DE HOSPITAL
Elaboración del informe con los resultados, obtenidos en la medición de la satisfacción de los usuarios externos, incluye análisis y recomendaciones a partir de los resultados de la encuesta.	Informe	Informe de los resultados de la aplicación de encuestas SERVQUAL modificada, procesamiento y reporte con el aplicativo (formato Excel), de grado de satisfacción y buen trato del usuario externo, en consulta externa/hospitalización/emergencia.	1					1							CALIDAD DE HOSPITAL
Medición de los tiempos de espera y movimiento en consulta externa / Hospitalización / emergencia	Informe	Informe emitido sobre los resultados de la medición de los tiempos de espera y movimiento en consulta externa / Hospitalización / emergencia, en IPRESS de segundo y tercer nivel de atención, procesamiento y reporte con el aplicativo (formato Excel) de los tiempos a optimizar mediante la mejora continua.	1				1								CALIDAD DE HOSPITAL
Elaboración del informe de libro de Reclamaciones, que incluye un consolidado del número de reclamos y quejas del establecimiento de Salud.	Informe	Implementar un registro de naturaleza física y virtual, provisto por las IPRESS o IPRESS públicas, privadas o mixtas, en el cual los usuarios o terceros legitimados puedan interponer sus reclamos, ante su insatisfacción con las mismas, de acuerdo a la normativa vigente, realizar un consolidado del número de reclamos y quejas del Establecimiento de Salud, en un periodo de tiempo, para conocimiento y acciones pertinentes.	4		1										RESPONSABLE DEL LIBRO DE RECLAMOS DEL HOSPITAL



"PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD DEL HOSPITAL JOSÉ AGURTO TELLO DE CHOSICA – AÑO 2023"

ANEXO 2 – PRESUPUESTO DE LA UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD AÑO 2023

Dirección General de Presupuesto Público - DGPP

Versión: 230101

Fecha: 16/01/2023

Horario: 20:00:44

Página: 1 de 1

PROCESO PRESUPUESTARIO DEL AÑO 2023
RESUMEN DEL MARCO PRESUPUESTAL Y LA EJECUCIÓN DEL GASTO
MES DE ENERO
(EN SOLES)

SECTOR: 11 - SALUD

PLIEGO: 011 - M. DE SALUD

UNIDAD EJECUTORA: 042 - HOSPITAL "JOSE AGURTO TELLO DE CHOSICA" (001138)

RUBRO DE FINANCIAMIENTO	(PIA)	PIM (a)	CERTIFICACIÓN (b)	COMPROMISO ANUAL (c)	DEVENGADO (d)	SALDO PIM - CERTIFICACIÓN (e=a-b)	SALDO PIM - COMPROMISO (f=a-c)	SALDO PIM - DEVENGADO (g=a-d)	% Avance (h=d/a)
0096 8001 3699999 8000003 GESTION ADMINISTRATIVA 20 008 0008									
Mezr. 00003 - 0007981 ACCIONES DEL SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD; INFORME: 157.000; LIMA, LIMA, LURIGANCHO									
5 GASTOS CORRIENTES	49,069	49,069	49,069			49,069.00	49,069.00	49,069.00	0.00 %
2.3.2 8.3 1 SEGURO DE VIDA	253	253	253			253.00	253.00	253.00	0.00 %
2.3.2 8.1 1 CONTRATO ADMINISTRATIVO DE SERVICIOS	20,400	20,400	20,400			20,400.00	20,400.00	20,400.00	0.00 %
2.3.2 8.1 2 CONTRIBUCIONES A ESSALUD DE C.A.S.	1,836	1,836	1,836			1,836.00	1,836.00	1,836.00	0.00 %
2.3.2 8.1 4 AGUINALDOS DE C.A.S.	600	600	600			600.00	600.00	600.00	0.00 %
2.3.2 9.1 1 LOCACIÓN DE SERVICIOS REALIZADOS POR PERSONAS	26,000	26,000	26,000			26,000.00	26,000.00	26,000.00	0.00 %
TOTAL META 0096	49,069	49,069	49,069			49,069.00	49,069.00	49,069.00	0.00 %
TOTAL RUBRO DE FINANCIAMIENTO 00	49,069	49,069	49,069			49,069.00	49,069.00	49,069.00	0.00 %
TOTAL UNIDAD EJECUTORA 042:	49,069	49,069	49,069			49,069.00	49,069.00	49,069.00	0.00 %