DOCUMENTO TECNICO: PLAN ANUAL DEL SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD EN SALUD EN EL HNCH 2024

Elaboración y Fecha:	Revisión y Fecha:	Aprobación y Fecha:
Oficina de Gestión de la Calidad	Oficina de Gestión de la Calidad	Dirección General
5 de febrero del 2024	**09 de febrero de 2024**	**Febrero de 2024**

MINISTERIO DE SALUD
Hospital Cayetano Heredia

Dr. Fernando Durand Concha
Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad

M.C. SEGUNDO CECILIO ACHO MEGO
Director General

Abog. Pedro Darío Rodríguez Gavancho
Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica

M.C Fernando Durand Concha
Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad

Equipo Técnico de la Oficina de Gestión de la Calidad:

- M.C. Fernando Durand Concha
  Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad
- M.C Jenny Ricse Osorio
  Equipo Técnico de la Oficina de Gestión de la Calidad
- Dra. Marlene Inés Huaylinos Antezana
  Equipo Técnico de la Oficina de Gestión de la Calidad
- Mg. María Lourdes Díaz Caramutti
  Equipo Técnico de la Oficina de Gestión de la Calidad

Revisión Normativa:

- Oficina de Asesoría Jurídica

DOCUMENTO TECNICO: PLAN ANUAL DEL SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD EN SALUD EN EL HNCH 2024

INDICE

I.	INTRODUCCION	4
II.	FINALIDAD	4
III.	OBJETIVOS	4
IV.	AMBITO DE APLICACIÓN	5
V.	BASE LEGAL	5
VI.	CONTENIDO	6
VII.	RESPONSABILIDADES	9
VIII.	ANEXOS	10
IX.	BIBLIOGRAFIA	14

I. INTRODUCCION

Actualmente los sistemas de salud buscan coadyuvar en brindar los servicios de salud con criterios de calidad, eficiencia y efectividad, de esta manera lograr la satisfacción del usuario. El nivel de calidad es evidenciada y sentida por el usuario en la medida que el servicio otorgado sea favorable y no genere riesgos ni daños en la salud del usuario. De allí que el usuario es el que determina la calidad del servicio después de recibirla en los diferentes servicios de una institución. (1)

Según el marco normativo del modelo de calidad MINSA lo considera en base a los componentes de la calidad de atención que son la planificación para la calidad, la Organización para la calidad, la garantía y mejora continua y el componente de información para la calidad que incorpora la atención del usuario en base a la escucha activa, que se identifica a través de las encuestas , entrevistas, mediciones del tiempo de espera, estudios operativos , reclamos que son insumos para la mejora continua.

En este sentido el presente documento técnico denominado Plan Anual de Gestión de Calidad 2024 del Hospital Nacional Cayetano Heredia, busca contribuir en la mejora de la calidad de atención en los servicios asistenciales y administrativos el mismo que se encuentra concordante con el plan operativo anual 2024, con la premisa que hoy la calidad en los servicios de salud es considerada como un derecho ciudadano

II.- FINALIDAD

Contribuir a fortalecer los procesos de atención de los servicios incorporando acciones de mejora continua de la calidad de atención en función a las oportunidades de mejora identificada que permitan coadyuvar en la satisfacción del usuario en el Hospital Nacional Cayetano Heredia

III.- OBJETIVOS GENERAL

3.1 Contribuir en la mejora de la calidad de servicio a través del despliegue de los componentes del sistema de gestión de calidad según el marco normativo

3.2 Contribuir a la gestión de las interacciones con los usuarios externos a través de la promoción de los derechos, deberes del usuario y la atención directa de las consultas, reclamos, sugerencias y felicitaciones en la plataforma de atención del usuario en salud (PAUS)

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Establecer la programación anual del plan del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud
2. Fortalecer la organización interna de la Oficina de Gestión de la Calidad
3. Fortalecer la gestión del riesgo y la seguridad del paciente a través de la buena práctica en la atención de salud.

4. Identificar las inconformidades en el proceso de atención a través de las auditorías de la calidad de atención en salud
5. Fortalecer la cultura de calidad a través de la implementación de la metodología de proyectos/acciones de mejora continua de la calidad de atención según las oportunidades de mejora evidenciadas
6. Realizar la gestión para el desarrollo de la autoevaluación institucional a través de los estándares y criterios establecidos según la normatividad vigente
7. Evaluar los procesos de atención a través de la Evaluación de la satisfacción del Usuario externo (aplicación de la Encuesta SERVQUAL -Modificada)
8. Contribuir en la estandarización de los documentos normativos para la atención en salud.
9. Evaluar los procesos internos en los diferentes servicios a través de mediciones del proceso de atención en salud.
10. Fortalecer la gestión de las interacciones con usuario externo a través de la promoción de los derechos, deberes del usuario y la atención directa de las consultas, reclamos, sugerencias y felicitaciones en la plataforma de atención del usuario en salud (PAUS)

IV.- AMBITO DE APLICACIÓN

El Plan Anual del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud abarcará a los servicios asistenciales y administrativos del Hospital Nacional Cayetano Heredia.

V.- BASE LEGAL

- ✓ Ley N° 26842, Ley General de Salud.
- ✓ Ley N° 29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud.
- ✓ Decreto Supremo Nº 013-2006-SA, Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- ✓ Decreto Supremo Nº 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.
- ✓ Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, que aprueba el DT "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud".
- ✓ Resolución Ministerial Nº456-2007/MINSA aprueba la NTS Nº 050- MINSA/DGSPV: 02. "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Medico de Apoyo.
- ✓ Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, que aprueba la DT "Política Nacional de Calidad en Salud".
- ✓ Resolución Ministerial N° 270-2009/MINSA, se aprueba la GT "Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".
- ✓ Resolución Ministerial N° 1021-2010/MINSA, se aprueba la Guía Técnica de Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.

- ✓ Resolución Ministerial N° 308-2010/MINSA, se aprueba la "Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía".
- ✓ Resolución Ministerial N° 095-2012/MINSA, se aprueba la GT "Guía para la elaboración de proyectos de mejora y la aplicación de técnicas y herramientas para la gestión de la calidad".
- ✓ 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".
- ✓ Resolución Ministerial Nº 502-2016/MINSA que aprueba la NTS Nº 029-MINSA/DIGEPRES V.02 "Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud"
- ✓ Resolución Ministerial N° 214-2018/MINSA, se aprueba la NTS N° 139 – MINSA/2018/DGAIN: Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica.
- ✓ Resolución Jefatural Nº 631-2016/IGSS Que aprueba la Directiva Sanitaria Nº 005-IGSS/V.01 "Sistema de Registro y Notificación de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinelas.
- ✓ Resolución Jefatural Nº 764-2016/IGSS Que aprueba la Directiva Sanitaria Nº 009-IGSS/V.01 "Análisis de los eventos centinelas en la IPRESS y UGIPRESS.
- ✓ Resolución Ministerial Nº 163-2020/MINSA, que aprueba la Directiva Sanitaria de rondas de seguridad del paciente para la gestión del riesgo en la atención de salud.
- ✓ Resolución de la Superintendencia de Salud Nº 030-2020. SUSALUD / Clasificación, lineamientos y aplicativo informático para la remisión de la información de reclamos de los usuarios.

VI.- CONTENIDO

5.1 DEFINICIONES OPERATIVAS

5.1.1 ASPECTOS TÉCNICOS CONCEPTUALES

Calidad de atención. - expresa una situación deseable de la atención de salud que alcanza por la presencia de ciertas características o cualidades en la atención (que se denominan atributos de calidad, en sus 3 dimensiones: técnica, humana y de entorno) y por el cumplimiento de dispositivos legales, documentos, normativos, requisitos y estándares pertinentes.

Gestión de la Calidad: Es un 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.

Mejoramiento continuo de la Calidad: Es una metodología que implica el desarrollo de un proceso permanente y gradual en toda la organización, a partir de los instrumentos de garantía de la calidad, con el fin de cerrar las brechas existentes,

alcanzar los niveles de mayor competitividad y encaminarse a construir una organización de excelencia.

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

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

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.

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

Auditoria de la Calidad de 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 mejora continua de las atenciones en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo.

Autoevaluación. Es la fase Inicial obligatoria de evaluación del proceso de acreditación, en la cual los establecimientos de salud que cuentan con un equipo institucional de evaluadores internos previamente capacitados, 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.

Acreditación: proceso de evaluación externa, periódico, basado en la comparación del desempeño del prestador de salud con una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar, formulados y conocidos por los actores de la atención de la salud, y que está orientado a promover acciones de mejoramiento continuo de la calidad de atención y el desarrollo armónico de las unidades productoras de servicios de un establecimiento de salud o servicio médico de apoyo.

Cultura de Seguridad del paciente. Es el patrón integrado de comportamiento individual y de organización basado en creencias y valores compartidos, que busca continuamente reducir al mínimo el dalo que podría sufrir el paciente como consecuencia de los procesos de atención en salud.

Seguridad del Paciente: Es la reducción del riesgo de daños innecesarios relacionados con la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable, el cual se refiere a las nociones colectivas de los conocimientos del momento, los recursos disponibles y el contexto en el que se prestaba la atención, ponderadas frente al riesgo de no dispensar tratamiento o de dispensar otro.

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.

SERVQUAL.- Define la calidad de servicio como la brecha o diferencia (P menos E) entre las percepciones (p) y Expectativas (E) de los usuarios externos. La herramienta SERVQUAL. Es una herramienta desarrollada por A. Parasuraman y colaboradores, quienes sugieren que la comparación entre las expectativas generales de los usuarios (clientes, usuarios, pacientes, beneficiarios) y sus percepciones respecto al servicio que presta una organización, puede constituir una medida de la calidad del servicio.

Plataforma de Atención al Usuario en Salud. (PAUS). - La PAUS es el conjunto de acciones, actos y actividades destinadas a la atención y gestión de consultas y reclamos presentados por los usuarios ante las IPRESS, orientados a la solución de la insatisfacción respecto a los servicios, prestaciones o coberturas relacionadas con su atención en salud con la finalidad de promover la mejora continua de la calidad de los servicios de salud.

5.2 ESTRATÉGIAS DE INTERVENCIÓN

1. Coordinación permanente con la Unidad Funcional de Gestión de Calidad y la Dirección General de Operaciones en-Salud del Ministerio de Salud.
2. Coordinación periódica con la Oficina de Gestión de Calidad de la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Norte -DIRIS Lima Norte
3. Coordinación con la alta Dirección del Hospital Nacional Cayetano Heredia.

5.3 RECURSOS:

Recursos Financieros: Asignación presupuestal para la ejecución de proyectos de mejora continua de la calidad de atención. •

Recursos Materiales: Computadoras (8) para las actividades de las líneas de acción de auditoría, seguridad del paciente, proyectos de mejora y atención de los reclamos en la plataforma de atención del usuario. Impresora (1) Tóner (2 mensual)

5.4 DESARROLLO DE ACTIVIDADES (VER LA MATRIZ DE PROGRAMACION DE ACTIVIDADES, ANEXO 1)

5.5 PRESUPUESTO

Para el desarrollo de las actividades de la Oficina de Gestión de Calidad el presupuesto se encuentra considerado en el programa de acciones Central- 5000003 Gestión administrativa, que está referida A las metas físicas 12.0, especifica de gastos y la denominación del gasto y el presupuesto para el desarrollo de las actividades del mencionado plan. Es importante señalar el financiamiento es para la sostenibilidad del funcionamiento de la Oficina de Gestión de la Calidad, están adscritas al cuadro de necesidades institucional del 2024.

5.6 MONITOREO Y EVALUACION

Para garantizar el cumplimiento del presente plan se realizará el seguimiento semestralmente, y se elaborará los informes de acuerdo a los siguientes indicadores establecidos:

1. Porcentaje de avance del Plan del Sistema de Gestión de Calidad.
2. Porcentaje de avance del cumplimiento del plan de auditoria en salud.
3. Porcentaje de avance de las acciones de seguridad del paciente.
4. Cumplimiento del plan de autoevaluación.
5. Porcentaje de satisfacción del usuario externo e indicadores de calidad.
6. Atenciones en la plataforma de atención del usuario en salud (PAUS): reclamos, consultas, sugerencias y felicitaciones.

VII.- RESPONSABILIDADES

El equipo técnico de la Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital Nacional Cayetano Heredia supervisará, monitorizará y evaluará las actividades del presente plan según los componentes del sistema de gestión de calidad según la normatividad vigente.

V°B°

VIII.-Anexo 1 Matriz de actividades del Plan Anual del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud año 2024

MATRIZ DE ACTIVIDADES DEL PLAN ANUAL DEL SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD AÑO 2024

UNIDAD ORGANICA :OFICINA DE GESTION DE LA CALIDAD

AÑO 2024

COMPONENTE	CODIGO	OBJETIVOS ESPECIFICOS	ACTIVIDADES	UNIDAD DE MEDIDA	META ANUAL	RESPONSABLE	AÑO 2024			
							I TRIMESTRE	II TRIMESTRE	III TRIMESTRE	IV TRIMESTRE
Planificación	01EPGC	Establecer una programación anual del Sistema de Gestión de Calidad según el marco normativo vigente.	Elaboración del Plan de Gestión de la Calidad en Salud	Plan Aprobado	1	Equipo Técnico de la OGC	X			
Organización	01EPGC	Fortalecer la organización interna de la Oficina de Gestión de la Calidad	Realización de gestiones para el equipamiento básico de la OGC (computadoras para auditoria 1, seguridad 2 , PAUS 1 información para la calidad 2, autoevaluación 1, Jefatura de OGC1)	informe Dotación de recursos implementados	1	Jefe de la OGC		X	X	
Garantia y Mejora	02ILVS	Fortalecer la gestión del riesgo y la seguridad del paciente a través de las buenas prácticas por la seguridad del paciente	Presentación de la encuesta de evaluación de la implementación de la LVCS -equipo conductor	Informe de consolidado de la implementación de la LVCS(encuesta)	4	Equipo Técnico de la OGC (MLDC)	X	X	X	X
Garantia y Mejora	02ILVS		Evaluación del cumplimiento de la aplicación de la lista de verficación de la seguridad en Centro Quirúrgico	Informe de aplicación de la LVCS	4		X	X	X	X
Garantia y Mejora	02ILVS		Evaluación de la calidad de registro de las lista de verficación de la seguridad de la Cirugía en Centro Quirúrgicos	Informe de calidad de registro de la LVCS	4		X	X	X	X
Garantia y Mejora	03IRNA		Fortalecimiento del registro,notificación de los eventos adversos . y análisis de la ocurrencia de Incidencia y/o Eventos Adversos en salud	Informe del consolidado de los eventos adversos	4		X	X	X	X
Garantía y Mejora	03IRNA		Realización del análisis de la ocurrencia de incidentes y eventos adversos	Informe de análisis de E.A	4		X	X	X	X
Garantía y Mejora	07IRSP		Realización de las rondas de seguridad del paciente	Informe Rondas realizadas	12		X	X	X	X
Garantía y Mejora	07IRSP		Informe de Implementación y Seguimiento de las recomendaciones de las rondas de seguridad del paciente	Informe de seguimiento de rondas de seguridad del paciente	4		X	X	X	X

Garantía y Mejora	04IACA	Identificar inconformidades en el proceso de atención a través de las auditorías de la calidad de atención en salud .	Elaboración del Plan de Auditoría de Calidad de Atención	Plan de auditoria aprobado	1	Equipo Técnico de la OGC (JRO)	X			
Garantía y Mejora	04IACA		Conformación del CAS y CAM	R.D Comités	2		X			
Garantía y Mejora	04IACA		Realizacion de consolidado de informes de auditoria no programada	Informes de auditoría no programada	2			X		X
Garantía y Mejora	04IACA		Realización de consolidado de informes de auditoría de la calidad de atención programada	Informe de auditorías de la calidad de atención programada	2			X		X
Garantía y Mejora	04IACA		Realización del consolidado de informes de la evaluación de la calidad de registro de las historia clínica realizadas	Informe de auditorías de registro realizada	2			X		X
Garantía y Mejora	04IACA		Seguimiento de las recomendaciones de las auditorías.	Informe integral de seguimiento de recomendaciones de las auditorías en salud	2			X		X
Garantía y Mejora	05IPAM	Fortalecer la cultura de calidad a través de la implementación de la metodología de proyectos/acciones de mejora continua de la calidad de atención según las oportunidades de mejora evidenciadas .	Capacitación asincrónica virtual desde el III trimestre al IV trimestre al personal de salud en temas de calidad de atención relacionado a seguridad del paciente/eventos adversos, calidad de registros, auditoría en salud y proyectos de mejora .	Informe integral que contiene los contenidos del SGC realizados	1	Jefe de la OGC				x
Garantía y Mejora	05IPAM		Conformación de equipos de mejora, elaboración e implementación de los proyectos de mejora y/o acciones de mejora en base a la problemática identificadas según los componentes del SGC.	Informe de avance de proyectos o acciones de mejora de la calidad de atención en salud .	2	Jefe de la OGC		x		x

Garantía y Mejora	08IAES	Realizar la gestión para el desarrollo de la autoevaluación Institucional evaluándose los estándares y criterios según los macroprocesos gerenciales, prestacionales y de apoyo	Conformación del equipo de acreditación	Resolucion Directoral	1	Equipo Técnico de la OGC (MIHA/)	x			
Garantía y Mejora	08IAES		Conformación del Equipo de Evaluadores Internos	Resolución Directoral	1		x	x		
Garantía y Mejora	08IAES		Elaboración del plan de autoevaluación	Resolución Directoral	1			x		
Garantía y Mejora	08IAES		Comunicación del inicio de la autoevaluación	Documento	1				x	x
Garantía y Mejora	08IAES		Ejecución de la autoevaluación	Ejecución realizada	1				x	x
Garantía y Mejora	08IAES		Presentación de resultados e informes de los equipos de evaluadores internos	Informes de los equipos de autoevaluadores internos	1					x
Garantía y Mejora	08IAES		Presentación del Informe Técnico	Informe Técnico final	1					x
Información para la Calidad	09ESUE	Evaluar los procesos de atención através de la Evaluación de la Satisfacción del Usuario Externo (aplicación de la Encuesta SERVQUAL -Modificada)	Medición de la satisfacción del Usuario Externo en la Consulta Externa	Informe	1	Equipo Técnico de la OGC (MIHA/)	x			
Información para la Calidad	09ESUE		Medición de la satisfacción del Usuario Externo en los servicios de hospitalización	Informe	1		x			
Información para la Calidad	09ESUE		Medición de la satisfacción del Usuario Externo en el servicio de Emergencia	Informe	1		x			
Aspectos Técnicos de Asesoría	ATAN	Contribuir en la estandarización de los documentos normativos para la atención en salud.	Revisión Técnica de guías de procedimiento asistencial médica y guías de práctica clinica	Informe de consolidado de guías aprobadas	2	Equipo Técnico de la OGC(JRO)		x		x
	ATAN		Revisión Técnica de guías de procedimiento asistencial enfermería y guías de intervención de enfermería/ directivas /otros	Informe de consolidado de Guias/Documentos aprobadas	2	Equipo Técnico de la OGC (MIHA/MLDC)		x		x

Estudios Operativos	EO	Evaluar los procesos internos en los diferentes servicios	Medición del tiempo de espera en la Consulta Externa . (Admisión+caja+farmacia+rayos x+laboratorio.)	Informe	1	Equipo Técnico de la OGC		x		x
	EO		Medición de los tiempos de espera en Emergencia según prioridades	Informe	1	Equipo Técnico de la OGC				
	EO		Estudios operativos (barreras, acceso, informacion, trato, limpieza, tiempo de traslado de pacientes para recuperacion, sala de partos, cartera de servicios etc.)	Informe	4	Equipo Técnico de la OGC	x	x	x	x
Derechos de los Usuarios en salud	D US	Fortalecer la gestión de las interacciones con el usuario externo através de la promoción de los derechos,deberes del usuario y la atención directa de las consultas, reclamos, sugerencias y felicitaciones en la plataforma de atención del usuario en salud (PAUS)	Interposición de buenos oficios frenta necesidades e inconformidades del usuario en la Plataforma de Atención del Usuario. (PAUS)	Atención Directa	248 dias hábiles	Equipo Técnico de la OGC	x	x	x	x
Derechos de los Usuarios en salud	DUS		Elaboración de reportes de las atenciones en la PAUS .	Reportes estadisticos mensuales	12	Equipo Técnico de la OGC(PAUS)	x	x	x	x
Derechos de los Usuarios en salud	DUS		Elaboración de reportes de los reclamos físico/ virtual	Informe estadístico	12	Equipo Técnico de la OGC (MLDC/MIHA)	x	x	x	x
Derechos de los Usuarios en salud	DUS		Reforzamiento en la capacitación en servicio al personal de la plataforma de atención del usuario derechos en salud ,deberes en salud, el correcto llenado del libro de reclamaciones y otros.	Reunion tecnica realizada	2	Equipo Técnico de la OGC (MLDC/MIHA)	x		x	
Derechos de los Usuarios en salud	DUS		Difusión de los derechos y deberes a los usuarios que acuden al establecimiento mediante folletos, comunicación verbal en grupos focalizados	Reporte de la difusión	12	Equipo Técnico de la OGC (PAUS)	x	x	x	x
Derechos de los Usuarios en salud	DUS		Difusión de los derechos y deberes de los usuarios a los trabajadores (grupos focalizados con entrega de material de difusión)	Reporte de la Difusión	12	Equipo Técnico de la OGC(PAUS)	x	x	x	x
Derechos de los Usuarios en salud	DUS		Programa de actividades por el día del buen trato al paciente el 13 de agosto	Informe	1	Equipo Técnico de la OGC			x	
SGC	SGC	Evaluación	Evaluación del Plan de Gestión de la Calidad	Informe	2	Equipo Técnico de la OGC		x		x

IX.- BIBLIOGRAFIA

Fang J, Liu L, Fang P. What is the most important factor affecting patient satisfaction - a study based on gamma coefficient. Patient Preference and Adherence. 2019;13(1):515-

Reyes, D.; Cadena, A y Rivera, G. El Sistema de Gestión de Calidad y su relación con la innovación. *Inter disciplina* [online]. 2022, vol.10, n.26 [citado 2024-02-09], pp.217-240. Disponibleen:<http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2448-57052022000100217&lng=es&nrm=iso>. Epub 04-Abr-2022.ISSN2448-5705. https://doi.org/10.22201/ceiich.24485705e.2021.25.80975.

Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, que aprueba el DT "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud".
Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, que aprueba la DT "Política Nacional de Calidad en Salud".