



Resolución Directoral

Lima, 20 MAR 2024

VISTOS:

El Memorando N° 105-2024-DG-HEP/MINSA; la Nota Informativa N° 008-2024-OEPE-HEP-MINSA; el Informe N° 014-2024-OEPE-HEP-MINSA de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico y el Informe N° 018-2024-OGC-HEP/MINSA de la Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital de Emergencias Pediátricas; y,

CONSIDERANDO:

Que, la "Ley General de Salud", establece que es responsabilidad del estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad;

Que, la Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, aprobó el Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud", estableciendo los principios, normas, metodologías y procesos para la implementación del sistema de gestión de la calidad en Salud, orientando a obtener resultados para la mejoría de la calidad de atención en los servicios de salud;

Que, con Resolución Ministerial 727-2009/MINSA, se aprobó la "Política Nacional de Calidad en Salud", orientado al desarrollo de las intervenciones destinadas a mejorar la calidad de la atención de salud en el sistema de salud del Perú;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 428-2007/MINSA, se aprobó el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital de Emergencias Pediátricas, donde se señala que la Oficina de Gestión de la Calidad es la unidad orgánica dependiente de la Dirección General encargada de implementar el Sistema de Gestión de la Calidad en el hospital, para promover la mejora continua de la atención asistencial y administrativa del paciente, con la participación del personal;

Que, asimismo con Resolución Ministerial N° 090-2022/MINSA, se aprobó la Directiva Administrativa N° 326-MINSA/OGPPM-2022 - "Directiva Administrativa para la Formulación, Seguimiento y Evaluación de los Planes Específicos en el Ministerio de Salud", estableciendo los lineamientos metodológicos, pautas y procedimientos para el proceso de formulación, seguimiento y evaluación de los planes específicos en el MINSA, de acuerdo con los instrumentos de gestión sectorial e institucional;

Que, en ese contexto normativo, el órgano competente el Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad, mediante Informe N° 018-2024-OGC-HEP/MINSA de fecha 19 de enero de 2024; propone la aprobación del Plan de Gestión de la Calidad, para implementar criterios de programación de actividades de EESS 2024;

Que, en fecha 22 de febrero de 2024, la Directora Ejecutiva de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, a través de la Nota Informativa N° 008-2024-OEPE-HEP-MINSA señala que el Plan de Gestión de la Calidad del Hospital de Emergencias Pediátricas, cumple con los fines institucionales, la normativa específica vigente y con la estructura establecida en la Resolución Ministerial N° 090-2022/MINSA; asimismo a través del Informe N° 014-2024-OEPE-HEP-MINSA de fecha 15 de



febrero de 2024, concluye que el citado Plan disminuirá los riesgos de la atención en salud y fortalecerá las competencias en temas de calidad del personal, articulándose con el Plan Operativo Institucional Anual 2024, cuya implementación está sujeta a disponibilidad presupuestal;

Que, con el fin de contribuir al logro de los indicadores de desempeño de los servicios, mediante Memorando N°105-2024-DG-HEP/MINSA, se dispone aprobar el "Plan de Gestión de la Calidad del Hospital de Emergencias Pediátricas" para el año 2024;

En uso de la facultad conferida en el literal e) del Artículo 6° del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital de Emergencias Pediátricas, aprobado por Resolución Ministerial N° 428-2007/MINSA, y;

Con la visación de la Directora Ejecutiva de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico; del Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad y de la Jefa de la Oficina de Asesoría Jurídica del Hospital de Emergencias Pediátricas;

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- APROBAR el "Plan de Gestión de la Calidad del Hospital de Emergencias Pediátricas – 2024", el mismo que forma parte integrante de la presente Resolución, que cuenta con ocho (8) títulos y un (1) anexo.

Artículo 2°.- DISPONER que las acciones relacionadas con el Plan de Gestión de la Calidad, aprobado a través de la presente Resolución, sean de responsabilidad de la Oficina de Gestión de la Calidad, debiendo monitorear y controlar la ejecución de las actividades, así como también evaluar el cumplimiento de los objetivos del referido Plan.

Artículo 3°.- ENCARGAR al responsable del Portal de Transparencia la publicación de la presente Resolución y su anexo, en el Portal Institucional del Hospital de Emergencias Pediátricas: www.hep.gob.pe.

Regístrese, comuníquese y publíquese.

JAJM/LOMV/jbcs

Distribución CC:

- Oficina de Gestión de la Calidad
- Oficina de Asesoría Jurídica
- Responsable de Elaborar y Actualizar el Portal de Transparencia del HEP
- Interesados
- Legajo
- Archivo.

Reg. 115/187

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL DE EMERGENCIAS PEDIÁTRICAS
M.C. Jorge Jáuregui Miranda
Director General



Plan de Gestión de la Calidad

**La Victoria – Perú
2024**

OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

M.C. JORGE ASDRÚBAL JÁUREGUI MIRANDA

Director General

Elaboración:

Méd. William Michael Abregú Castro

Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad

Equipo Técnico de la Oficina de Gestión de la Calidad

M.C Maybbe Cleofe Mendoza Fernández

Responsable de Auditoría y Libro de Reclamaciones

M.C Leslie Rosella Carbajal Tarazona

Responsable de Mejora de Procesos y Seguridad del Paciente

Lic Gisela Alza Vilela

Responsable de la Plataforma de atención del Usuario en Salud

Bach. Gladys Virginia Inope Mostacero

Técnico Administrativo /Encuestadora



INDICE

I.	INTRODUCCIÓN.....	4
II.	FINALIDAD.....	5
III.	OBJETIVOS.....	5
3.1	Objetivo General.....	5
3.2	Objetivos Específicos:.....	5
IV.	ÁMBITO DE APLICACIÓN.....	5
V.	BASE LEGAL.....	5
VI.	CONTENIDO.....	7
6.1	Definiciones Operativas.....	7
6.1.1	Definición de Líneas Estratégicas.....	7
6.1.2	Políticas Nacionales de Calidad.....	8
6.1.3	Políticas del SGC.....	10
6.1.4	Funciones de los EESS para la implementación del SGC.....	11
6.2	Siglas / Acrónimos.....	12
6.3	Análisis de la Situación Actual.....	12
6.3.1	Organización del Sistema de Gestión de la Calidad en el HEP.....	12
6.3.2	Unidades orgánicas, Comités y Equipos de Trabajo responsables de Líneas Estratégicas de Calidad.	13
6.3.3	Criterios de Programación de Actividades de EESS 2024.....	14
6.4	Articulación Estratégica y Operativa con el POI.....	19
6.5	Actividades por Objetivo.....	20
6.5.1	Cronograma de actividades.....	23
6.6	Presupuesto y Financiamiento.....	26
6.7	Seguimiento y Evaluación del Plan.....	26
VII.	RESPONSABILIDADES.....	26
VIII.	ANEXOS.....	26
8.1	Anexo N° 1: Metas e Indicadores del Plan 2024.....	26





Plan de Gestión de la Calidad

I. INTRODUCCIÓN

En el Ministerio de Salud, como ente rector busca fortalecer un Sistema Nacional de Salud moderno, eficiente, efectivo, y fundamentalmente humano. Por ello, surge la necesidad y urgencia de desarrollar e implementar una estrategia nacional que permita el fortalecimiento y desarrollo de la calidad de los servicios de salud.

Al respecto la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Centro está resuelta a implementar, con la participación de los Establecimientos de Salud del I, II y III Nivel de atención, las acciones necesarias para mejorar la situación actual de salud de la población de toda la jurisdicción, en especial la de menores recursos, siendo el gran desafío la construcción de un Sector Salud con equidad, eficacia y calidad.

El Hospital de Emergencias Pediátricas como establecimiento de salud de nivel III-E se ha propuesto para este año 2024 desarrollar el Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, esfuerzo de gran envergadura, que mediante acciones inmediatas y mediatas logrará concretar en el mediano y largo plazo. En esta orientación, la primera fase está dirigida a mejorar la calidad de la prestación, con énfasis, en los servicios de salud que brindan nuestra institución como Hospital de referencia nacional.

El presente plan tiene como propósito ejecutar las actividades programadas en el Plan de Gestión de la Calidad del año 2024, en cumplimiento a lo establecido por la Unidad Funcional de Gestión de la Calidad del Viceministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud- MINSA, para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.





Plan de Gestión de la Calidad

II. FINALIDAD

El Plan Anual de Gestión de la Calidad en salud del Hospital de Emergencias Pediátricas tiene como finalidad implementar los criterios de programación de actividades de EESS 2024, establecidos por la Unidad Funcional de Gestión de la Calidad del Viceministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud- MINSA, para las instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de la DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA CENTRO.

III. OBJETIVOS**3.1 Objetivo General**

Implementar los criterios de programación de actividades de EESS 2024, establecidos por la Unidad Funcional de Gestión de la Calidad del Viceministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud- MINSA en cumplimiento al Sistema de Gestión de la Calidad en Salud.

3.2 Objetivos Específicos:

- 3.2.1 OE1:** Gestionar la disminución de los Riesgos de la atención en salud.
- 3.2.2 OE2:** Fortalecer las competencias en temas de calidad en salud al personal del hospital.
- 3.2.3 OE3:** Mejorar los estándares de atención en salud en nuestra institución.
- 3.2.4 OE4:** Fortalecer la planificación del hospital para el desarrollo del SGC.
- 3.2.5 OE5:** Obtener información de los usuarios y procesos para la obtener una atención de calidad.

IV. ÁMBITO DE APLICACIÓN

El alcance del presente Plan Anual de la Oficina de Gestión de la Calidad en salud del Hospital De Emergencias Pediátricas 2024, es de cumplimiento obligatorio por los Departamentos, Servicios y Oficinas del Hospital.

V. BASE LEGAL

- 5.1** Ley N° 30224, Ley que crea el Sistema Nacional para la Calidad y el Instituto Nacional de Calidad
- 5.2** Ley N° 27658, Ley Marco de Modernización de la Gestión del Estado.
- 5.3** Ley N° 26842, "Ley General de Salud"
- 5.4** Ley N° 30023, "Ley que establece el 13 de agosto de cada año como el Día Nacional de la Salud y del Buen Trato al Paciente."
- 5.5** Ley N° 29414, Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud
- 5.6** Constitución Política del Perú 1993, Título I De la Persona y de la Sociedad, Capítulo I Derechos Fundamentales de la Persona, Capítulo II De los Derechos Sociales y Económicos.





Plan de Gestión de la Calidad

- 5.7 Acuerdo Nacional en Salud: Equidad y Justicia Social, Décimo Tercera Política de Estado Acceso Universal a los Servicios de Salud y a la Seguridad Social.
- 5.8 Decreto Supremo N° 027-2015-SA, que aprueba el Reglamento de la Ley 29414, Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud.
- 5.9 Decreto Supremo N° 013-2006-SA, que aprueba el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- 5.10 Resolución Ministerial N° 527-2011/MINSA, que aprueba la Guía Técnica para la Evaluación de la Satisfacción del Usuario Externo en los Establecimientos y Servicios Médicos de Apoyo.
- 5.11 Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud".
- 5.12 Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA "Política Nacional de Calidad en Salud".
- 5.13 Resolución Ministerial N° 428-2007/MINSA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital de Emergencias Pediátricas.
- 5.14 Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, que aprueba la NTS para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, N° 050-MINSA/DGSP-V02.
- 5.15 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".
- 5.16 Resolución Ministerial N° 040-2011/MINSA, que aprueba el Documento Técnico Lineamientos de Política para la Vigilancia Ciudadana en Salud.
- 5.17 Resolución Ministerial N° 186-2015-PCM, que aprueba el Manual para Mejorar la Atención a la Ciudadanía en las entidades de la Administración Pública.
- 5.18 Resolución Ministerial N° 502-2016/MINSA, que aprueba la versión 2 de la "Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud", Norma Técnica N° 029-MINSA/DGSP V.02
- 5.19 Resolución Ministerial N° 214-2018/MINSA, que aprueba la NTS N°139-MINSA/2018/DGAIN: "Norma técnica para la Gestión de la Historia Clínica"
- 5.20 Resolución Ministerial N° 095-2012/MINSA, que aprueba la "Guía Técnica para la elaboración de Proyectos de Mejora y la Aplicación de Técnicas y Herramientas para la Gestión de la Calidad"
- 5.21 Resolución Ministerial N° 308-2010/MINSA, que aprueba la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.
- 5.22 Resolución Ministerial N° 1021-2010/MINSA, que aprueba la Guía Técnica de Implementación de la lista de verificación de la Seguridad de la Cirugía.
- 5.23 Resolución Ministerial N° 302-2015/MINSA, que aprueba la NTS N° 117-MINSA/DGSP – V.01, "NTS para la elaboración y uso de Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud".
- 5.24 Resolución Ministerial N° 414-2015/MINSA, que aprueba el "Documento Técnico: Metodología para la elaboración de Guías de Práctica Clínica"
- 5.25 Resolución Ministerial N° 753-2004/MINSA, que aprueba la "Norma Técnica de Prevención y Control de Infecciones Intrahospitalarias".





Plan de Gestión de la Calidad

- 5.26 Resolución Ministerial N° 523-2007/MINSA, que aprueba la "Guía Técnica para la Evaluación Interna de la Vigilancia, Prevención y Control de las Infecciones Intrahospitalarias".
- 5.27 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 en Salud."
- 5.28 Resolución Ministerial N° 255-2016/MINSA, que aprueba la Guía Técnica para la Implementación del Proceso de Higiene de Manos en los Establecimientos de Salud."
- 5.29 Resolución Ministerial N° 163-2020-MINSA que aprueba la Directiva Sanitaria de Rondas de Seguridad del Paciente para la gestión del riesgo en la atención
- 5.30 Resolución Directoral N° 061-2014-DG-HEP/MINSA, que aprueba el "Manual de Organización y Funciones de la Oficina de Gestión de la Calidad."
- 5.31 Resolución Directoral N° 109-2021- DG-HEP/MINSA, que aprueba el "Manual de Procesos y Procedimientos de la Oficina de Gestión de la Calidad."
- 5.32 Resolución Directoral N° 006-2011-HEP/MINSA, que aprueba la "Directiva para el Procedimiento para la Higiene de Manos".

VI. CONTENIDO

6.1 Definiciones Operativas

6.1.1 Definición de Líneas Estratégicas

a) Acreditación

La Acreditación de establecimientos de salud es un proceso de evaluación periódica con la finalidad de promover acciones de mejoramiento continuo de la calidad de la atención y el desarrollo armónico de los servicios de un establecimiento salud; está basada 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 clave de la atención de la salud; y se enfoca en la evaluación de algunos elementos de estructura, de una amplia gama de procesos y algunos de resultados. Su finalidad es garantizar a los usuarios, que los establecimientos acreditados cuentan con recursos y la capacidad para optimizar la calidad de atención, mitigando las fallas atribuibles a los servicios de salud.

b) Auditoria

Auditoria de la Calidad de Atención en Salud es el mecanismo sistemático y continuo de evaluación del cumplimiento de estándares de calidad en salud. Implica la realización de actividades de evaluación y seguimiento de procesos 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

c) Investigación Operativa

Investigación Operativa, de acuerdo a la OMS, es el uso de técnicas sistemáticas de investigación para la toma de decisiones relacionadas con un programa con el fin de conseguir resultados específicos. La investigación operativa proporciona a los responsables políticos y gestores pruebas que pueden utilizar para mejorar las operaciones del programa.¹

d) Mejora Continua

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 niveles de mayor competitividad y encaminarse a construir una organización de excelencia.²

e) Satisfacción del Usuario Externo

La Satisfacción del Usuario Externo es el grado de cumplimiento por parte de la organización de salud respecto a las expectativas y percepciones del usuario en relación a los servicios que este les ofrece.³

f) Seguridad del Paciente

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

g) Sistema de Gestión de la Calidad

Sistema de Gestión de la Calidad en Salud 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 del nivel nacional, regional y local, en lo relativo a la calidad de la atención y de la gestión.⁴

6.1.2 Políticas Nacionales de Calidad

Con relación a las organizaciones proveedoras de atención de salud y sus establecimientos de salud en el documento "Política Nacional de Calidad en Salud"⁵ se establecen las siguientes políticas, objetivos y estrategias:

¹ Extraído del Anexo A del documento Marco para la investigación operativa y ejecución dentro de los programas de salud y control de enfermedades.

² RM 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"

³ RM N° 527-2011/MINSA, que aprueba la "Guía Técnica para la Evaluación de la Satisfacción del Usuario Externo en los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo."

⁴ R.M. N° 519-2006/MINSA que aprueba el Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud".

⁵ RM N° 727-2009/MINSA "Política Nacional de Calidad en Salud"



Plan de Gestión de la Calidad

POLITICA	OBJETIVO	ESTRATEGIAS
<p>SEXTA</p> <p>Las organizaciones proveedoras de atención de salud, establecen y dirigen las estrategias de implementación de la política nacional de calidad, mediante sistemas y procesos organizacionales orientados al desarrollo de una cultura centrada en las personas y que hace de la mejora continua su tarea central.</p>	<p>Garantizar la adecuada implementación de las políticas nacionales de calidad.</p>	<p>Implementación de un Sistema de Gestión de Calidad de la Atención de Salud.</p>
<p>SEPTIMA</p> <p>Las organizaciones proveedoras de atención de salud asumen como responsabilidad que los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo bajo su administración cumplan las normas y estándares de infraestructura, de equipamiento, de aprovisionamiento de insumos, de procesos y resultados de la atención; aprobados por la Autoridad Sanitaria e implementen acciones de mejora de la calidad de la atención.</p>	<p>Mejorar la calidad de la atención de salud de manera sistemática y permanente.</p>	<p>Acreditación de establecimientos y servicios médicos de apoyo.</p>
	<p>Mejorar la calidad de la atención de salud de manera sistemática y permanente.</p>	<p>Implementación de planes, programas y procesos de mejora de la calidad de la atención en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo.</p>
<p>OCTAVA</p> <p>Las organizaciones proveedoras de atención de salud asumen como responsabilidad que los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo bajo su administración implementen mecanismos para la gestión de riesgos derivados de la atención de salud.</p>	<p>Reducir la ocurrencia de eventos adversos durante el proceso de atención de salud y atenuar sus efectos.</p>	<p>Implementación de mecanismos de información sobre la ocurrencia de incidentes y eventos adversos.</p>
	<p>Reducir la ocurrencia de eventos adversos durante el proceso de atención de salud y atenuar sus efectos.</p>	<p>Implementación de planes de seguridad para la gestión de la reducción y mitigación de los riesgos derivados de la atención.</p>
<p>NOVENA</p> <p>Las organizaciones proveedoras de atención de salud asumen como responsabilidad que los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo bajo su administración protejan los derechos de los usuarios, promuevan y velen por un trato digno, asimismo, fomenten prácticas de atención adecuadas a los enfoques de interculturalidad y</p>	<p>Garantizar el pleno ejercicio del derecho a la salud de los usuarios con enfoque de interculturalidad y género.</p>	<p>Implementación de instancias y mecanismos de protección de los derechos de los usuarios.</p> <p>Promoción de prácticas de atención orientadas por los enfoques de interculturalidad y género.</p>





Plan de Gestión de la Calidad

POLITICA	OBJETIVO	ESTRATEGIAS
género y brinden las facilidades para el ejercicio de la vigilancia ciudadana de la atención de salud.		Implementación de mecanismos para el acceso a la información de la atención brindada a los usuarios.
DECIMA Las organizaciones proveedoras de atención de salud asumen como responsabilidad que los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo bajo su administración garanticen las competencias laborales de los trabajadores que proveen la atención, brinden adecuadas condiciones de trabajo y protección frente a los riesgos laborales e incentiven a sus trabajadores en relación a la mejora de la calidad de la atención.	Garantizar la competencia, seguridad y motivación del personal de salud.	<p>Evaluación del desempeño laboral de los trabajadores.</p> <p>Implementación de planes y programas de desarrollo de competencias laborales.</p> <p>Supervisión de la implementación de normas para la prevención de riesgos ocupacionales derivados de la atención.</p> <p>Implementación de programas de incentivos individuales y colectivos, relacionados a la mejora de la calidad.</p>
UNDECIMA Las organizaciones proveedoras de atención de salud asignan a los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo bajo su administración, los recursos necesarios para la gestión de la calidad de la atención de salud.	Asegurar los recursos necesarios para la gestión de la calidad de la atención en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo.	Consignación de los recursos destinados a la gestión de la calidad de atención en cada organización proveedora de atención de salud en el respectivo presupuesto, de acuerdo a la normativa que les es pertinente.



6.1.3 Políticas del SGC6

De acuerdo al documento del Ministerio de Salud sobre el Sistema de Gestión de la Calidad, las políticas que orientan la gestión de la calidad son las siguientes:

a) Con relación a las personas

- Provisión de servicios de salud seguros, oportunos, accesibles y equitativos.

⁶ R.M. N° 519-2006/MINSA, Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud".



Plan de Gestión de la Calidad

- Calidad con enfoque de interculturalidad y de género.
 - Búsqueda de la satisfacción de los usuarios.
 - Acceso a los mecanismos de atención al usuario.
- b) Con relación a los trabajadores**
- Cultura ética de la calidad
 - Trabajo en equipo
 - Círculos de calidad
- c) Con relación a las unidades prestadoras de salud**
- Ejercer la rectoría del Ministerio de Salud
 - Gestión de recursos para la calidad en salud
 - Regulación complementaria en los niveles regionales
 - Evaluación del proceso de atención de salud
- d) Con relación a la sociedad**
- Participación social para la calidad en salud
 - Involucramiento comunitario para la calidad en salud
 - Veeduría ciudadana de calidad en salud
- e) Con relación al Estado**
- Calidad como política de estado

6.1.4 Funciones de los EESS para la implementación del SGC⁷

- 
- a) Implementar la normatividad vigente del Sistema de Gestión de la Calidad en el establecimiento.
 - b) Propiciar la conformación de comités especializados en temas de calidad y equipos de mejora en el establecimiento de salud según corresponda.
 - c) Difundir y brindar asesoría técnica para la aplicación de metodologías de acreditación, auditoría en salud, medición de la satisfacción del usuario y otras para la garantía y mejoramiento de la calidad.
 - d) Elaborar/brindar asesoría técnica en la elaboración de estudios de investigación y proyectos para la mejora de la calidad.
 - e) Monitorear y evaluar estándares e indicadores de la calidad en el establecimiento.
 - f) Difundir, supervisar y evaluar el cumplimiento de la norma de auditoría.
 - g) Realizar el proceso de autoevaluación, primera fase de la acreditación de establecimientos
 - h) de salud.
 - i) Diseñar e implementar planes de mejoramiento continuo para mejorar el desempeño Institucional y propender por la calidad de los servicios.
- 

⁷ R.M. N° 519-2006/MINSA, Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud".

Plan de Gestión de la Calidad

- j) Establecer y gestionar mecanismos de información y escucha al usuario.
- k) Informar de los resultados y avances del Sistema al nivel inmediato superior y otros Interesados.

6.2 Siglas / Acrónimos

SGC : Sistema de Gestión de la Calidad.

6.3 Análisis de la Situación Actual

6.3.1 Organización del Sistema de Gestión de la Calidad en el HEP

En el Documento Técnico Sistema de Gestión de la Calidad en Salud se señalan 4 ejes de intervención o componentes con actividades definidas (Figura N° 1).

Figura N° 1 Ejes o Componentes del Sistema de Gestión de la Calidad



En el 2010, la Dirección de Calidad en Salud de la Dirección General de Salud de las Personas del Ministerio de Salud propuso un mapa de procesos estratégicos, operativos y de apoyo del Sistema de Gestión de la Calidad (Figura N° 2) No obstante, no existe un documento del Ministerio de Salud donde se indique específicamente como debe ser el desarrollo de los Procesos y Procedimientos de una Oficina de Gestión de la Calidad.

En el 2017, con R.M. N° 896-2017/MINSA se crea la Unidad Funcional de Gestión de la Calidad, siendo un ente técnico para dirigir las líneas estratégicas de la calidad en salud en el sector, sin embargo aún no se aclarado las líneas estratégicas que serán priorizadas, ya que muchas de las funciones que venían realizando las Oficinas de Gestión de la Calidad, están disgregadas en diferentes órganos del MINSA según el Reglamento de Organización y funciones del MINSA aprobado mediante D.S.N°008-2017/SA.

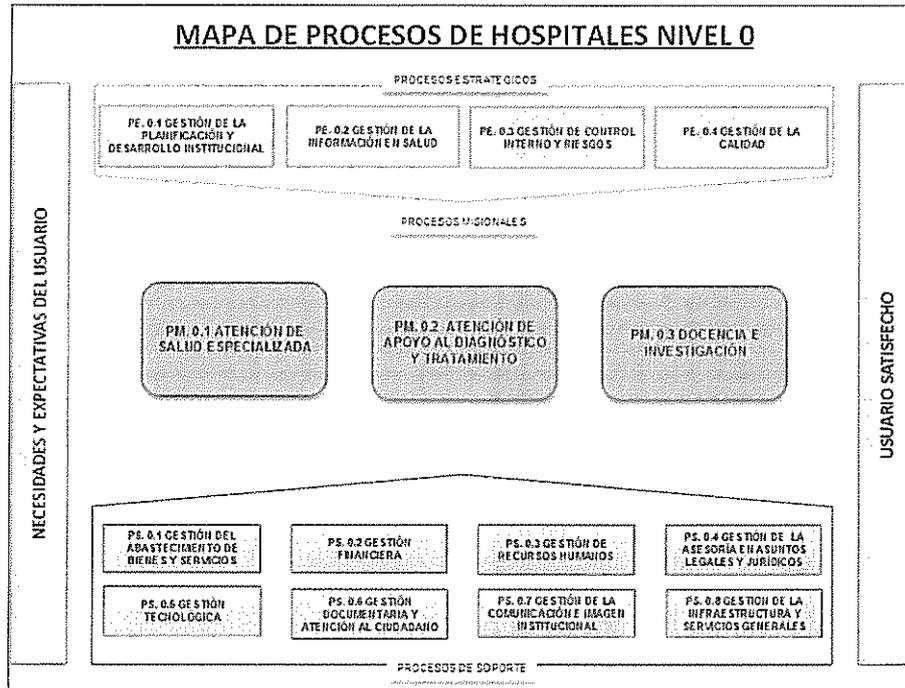
En el caso del Hospital de Emergencias Pediátricas cuenta con un Mapa de Procesos Nivel 0 y 1 aprobado con RD N° 103-2019-DG-HEP/MINSA



Plan de Gestión de la Calidad

y se ha establecido de manera oficial la organización de las unidades orgánicas para la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad. En este sentido, la programación de actividades y evaluación de los avances de las líneas estratégicas, la Oficina de Gestión de la Calidad en coordinación con las unidades orgánicas, Comités y Equipos de trabajo conformados para trabajar temas específicos de las líneas estratégicas de calidad implementa la ejecución de la programación en el 2024.

Figura N° 2 Mapa de Procesos del Hospital Emergencias Pediátricas



6.3.2 Unidades orgánicas, Comités y Equipos de Trabajo responsables de Líneas Estratégicas de Calidad.

- Departamentos Asistenciales (Auditoría, análisis de eventos adversos, proyectos y planes de mejora)
- Comité de Seguridad del Paciente
- Comité de Auditoría en Salud
- Comité de Auditoría Médica
- Equipo de Acreditación
- Equipo de Evaluadores Internos
- Equipo Conductor de la Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad en Cirugía
- Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente





Plan de Gestión de la Calidad

6.3.3 Criterios de Programación de Actividades de EESS 2024⁸

Componente	N.º	DENOMINACION			CARACTERISTICAS DE PROGRAMACION				
		CODI	CRITERIOS y/o ACTIVIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	FACTOR DE CONCENTRACION	DEFINICION OPERACIONAL	FUENTE DE VERIFICACION/REGISTRO	NORMATIVA	INDICADORES
Planificación	1	01EPGC	Elaboración del Plan de Gestión de la Calidad en Salud por Establecimiento de Salud (a partir de categoría I-3)	Plan aprobado	1	Documento mediante el cual se establecen los antecedentes, objetivos, actividades y tareas relacionadas a las líneas de acción del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud.	Plan de Gestión de la Calidad en Salud aprobado por la Jefatura/Dirección y remitido a la DIRESA/GERESA/DIRIS/SANIDAD/ES SALUD hasta el I Semestre.	RM 519-2006/MINSA	Nivel Regional Número de EESS que cuentan con Plan Anual de Gestión de la Calidad aprobado/Número de EESS de la DIRESA/ GERESA/ DIRIS/ SANIDAD/ ESSALUD



⁸ Según correo institucional remitido por DIRIS Lima Centro 2024



Plan de Gestión de la Calidad

Componente	N.º	DENOMINACION			CARACTERISTICAS DE PROGRAMACION				
		CODI	CRITERIOS y/o ACTIVIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	FACTOR DE CONCENTRACION	DEFINICION OPERACIONAL	FUENTE DE VERIFICACION/REGISTRO	NORMATIVA	INDICADORES
Garantía y Mejora	2	02ILVS	Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía en centros quirúrgicos de los establecimientos de salud que realicen intervenciones quirúrgicas.	Informe	2	Aplicación de la Lista de verificación de la seguridad de la cirugía en los centros quirúrgicos de los establecimientos de salud, así como, de las Encuestas de evaluación de la implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía (a cargo del Equipo Conductor), conforme lo establecido en la normatividad vigente.	<p>Listas de verificación de Seguridad de la Cirugía aplicadas.</p> <p>Informe de la implementación de la Lista de verificación de seguridad de la cirugía (que contiene Encuestas de evaluación de la implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía- anexo 2).</p>	RM N°1021-2010/MINSA	Nivel Regional Número de establecimientos de salud de DIRESA/ GERESA/ DIRIS/ SANIDAD/ESSALUD que implementan la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía/ Número total de establecimientos de salud que realicen intervenciones quirúrgicas de DIRESA/ GERESA/ DIRIS/ SANIDAD/ ESSALUD
	3	03IRNA	Implementación de mecanismos para el Registro, Notificación y Análisis de la ocurrencia de incidentes y Eventos Adversos en Salud en los establecimientos de salud	Informe	4	Desarrollo del procedimiento para el registro, notificación y el análisis de la ocurrencia de incidentes y eventos adversos en Salud en los establecimientos de salud	<p>Reporte de incidentes y eventos adversos registrados y notificados.</p> <p>Informe trimestral consolidado de incidentes y eventos adversos registrados y notificados en los establecimientos de salud.</p> <p>Informe trimestral del análisis de eventos adversos.</p>	DS 013-2006-SA RM N° 727-2009/MINSA	Nivel Regional Número de establecimientos de salud que remiten informe consolidado de incidentes y eventos adversos en salud /Total de establecimientos de salud Número de establecimientos de salud que remiten informe del análisis de eventos adversos en salud /Total de establecimientos de salud





Plan de Gestión de la Calidad

Componente	N.º	DENOMINACION			CARACTERISTICAS DE PROGRAMACION				
		CODI	CRITERIOS y/o ACTIVIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	FACTOR DE CONCENTRACION	DEFINICION OPERACIONAL	FUENTE DE VERIFICACION/REGISTRO	NORMATIVA	INDICADORES
	4	04IACA	Implementación de la Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud en los establecimientos de salud.	Informe	2	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 mejora continua de las atenciones en los establecimientos de salud.	CAS y CAM conformados, Plan anual de auditoría de la Calidad de la atención en salud. Informe de auditorías (programadas, no programadas) y evaluaciones de calidad de registros de HC realizadas. Informe de implementación de recomendaciones de auditoría.	RM N° 502-2016/MINSA	Nivel Regional Número de establecimientos de salud que informan auditorías realizadas en cumplimiento de su Plan Anual de Auditoría/Total de establecimientos de salud de la DIRESA/GERESA/DIRIS/SANIDAD/ ESSALUD
	5	05IPAM	Implementación de los proyectos y/o acciones de mejora según normativa vigente (a partir de categoría I-3)	Informe	2	Actividades sobre el 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 y las prioridades sanitarias nacionales y regionales	Informe semestral sobre la implementación de los proyectos y/o acciones de mejora.	RM N° 095-2012/MINSA	Nivel Regional Número de establecimientos de salud que implementan proyectos/acciones de mejora /Total de establecimientos de salud de la DIRESA/GERESA/DIRIS/SANIDAD/ESSALUD





PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital de Emergencias Pediátricas

"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

Plan de Gestión de la Calidad

Componente	N.º	DENOMINACION			CARACTERISTICAS DE PROGRAMACION				
		CODI	CRITERIOS y/o ACTIVIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	FACTOR DE CONCENTRACION	DEFINICION OPERACIONAL	FUENTE DE VERIFICACION/REGISTRO	NORMATIVA	INDICADORES
	6	06IPHM	Implementación del proceso de higiene de manos en los establecimientos de salud (a partir de categoría I-3)	Informe	4	Actividades desplegadas de planificación, capacitación, monitoreo, supervisión y evaluación para cumplir con el proceso de implementación de higiene de manos: técnica correcta y adherencia a los 5 momentos, en coordinación con los responsables de la oficina de Epidemiología. Actividades desplegadas por el día mundial de higiene de manos 5 de mayo	Informes trimestrales, que incluyan las actividades de capacitación, monitoreo, supervisión y evaluación de la adherencia a la higiene de manos de los establecimientos de salud de la DIRESA/ GERESA/ DIRIS / SANIDAD/ ESSALUD	RM N° 255-2016/MINSA.	<p>Nivel Regional</p> <p>Número de establecimientos de salud que implementan el proceso de higiene de manos /Total de establecimientos de salud de la DIRESA/ GERESA/ DIRIS/ SANIDAD/ ESSALUD</p> <p>Porcentaje global promedio de la adherencia a la higiene de manos por Establecimiento de Salud.</p>
	7	07IRSP	Implementación de las Rondas de Seguridad del Paciente para la gestión del riesgo en la atención de salud en los establecimientos de salud	Informe	4	Actividades desplegadas por parte de los equipos de Rondas de Seguridad del Paciente de los EESS, para evaluar la ejecución de las Buenas Prácticas de la Atención en Salud, a una UPSS seleccionada al azar, mediante la aplicación de verificadores (Herramienta Informática).	Informes trimestrales de la implementación de las Rondas de seguridad del paciente de los establecimientos de salud de las DIRESA/ GERESA/ DIRIS / SANIDAD/ ESSALUD	RM N° 163-2020-MINSA Directiva Sanitaria 92-MINSA-2020/DGAIN	<p>Número de establecimientos de salud que implementan las rondas de seguridad del paciente /Total de establecimientos de salud de la DIRESA/ GERESA/ DIRIS / SANIDAD/ESSALUD</p> <p>Porcentaje de cumplimiento de Buenas Prácticas evaluadas por DIRESA/ GERESA/ DIRIS/ SANIDAD/ ESSALUD</p>





PERU

Ministerio
de SaludHospital de
Emergencias Pediátricas"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la
conmemoración de las heroicas batallas de Junin y Ayacucho"

Plan de Gestión de la Calidad

Componente	N.º	DENOMINACION			CARACTERISTICAS DE PROGRAMACION				
		CODI	CRITERIOS y/o ACTIVIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	FACTOR DE CONCENTRACION	DEFINICIÓN OPERACIONAL	FUENTE DE VERIFICACION/REGISTRO	NORMATIVA	INDICADORES
Información	8	08IAES	Implementación de la Autoevaluación del Proceso de Acreditación de establecimientos de salud (a partir de categoría I-1)	Informe	1	Actividad de evaluación interna (Autoevaluación) del Proceso de Acreditación del establecimiento de salud, mediante la evaluación del cumplimiento de estándares preestablecidos, agrupados por Macroprocesos y clasificados en categoría de Macroprocesos Gerenciales, Prestacionales y de Apoyo.	Informe sobre Conformación de Equipo de Acreditación, equipo de evaluadores internos, Plan de Autoevaluación, Oficio de comunicación de inicio de Autoevaluación e Informe Técnico de Autoevaluación de los EESS que incluye reporte semaforizado emitido por el Aplicativo.	RM N° 456-2007/MINSA, RM N° 270-2009/MINSA RM N° 491-2012/MINSA	Nivel Regional Número de establecimientos de salud de DIRESA/ GERESA/ DIRIS/ SANIDAD/ ESSALUD que implementan el PAES y remiten Informe Técnico de Autoevaluación / Número total de establecimientos de salud de DIRESA/ GERESA/ DIRIS/ SANIDAD/ ESSALUD
	9	09ESUE	Evaluación de la satisfacción del usuario externo en establecimientos de salud (a partir de categoría I-3)	Informe	1	Actividad de evaluación del grado de satisfacción del usuario externo mediante la aplicación de encuestas SERVQUAL - Modificada, procesamiento y reporte con el aplicativo (formato Excel), en consulta externa, hospitalización y emergencia, en establecimientos de salud (a partir de categoría I-3)	Informe anual emitido por los establecimientos de salud de la DIRESA/ GERESA/ DIRIS/ SANIDAD/ ESSALUD sobre los resultados de la evaluación de la satisfacción del usuario externo en consulta externa, hospitalización y emergencia, en establecimientos de salud (a partir de categoría I-3)	R.M. N° 527-2011/MINSA	Nivel Regional Porcentaje de establecimientos de salud que realizan evaluación de la satisfacción del usuario externo en consulta externa, hospitalización y emergencia según categoría. Porcentaje global de usuarios satisfechos con los servicios de consulta externa, hospitalización y emergencia de establecimiento de salud según categoría y nivel





Plan de Gestión de la Calidad

6.4 Articulación Estratégica y Operativa con el POI

Centro de Costo	Objetivo Estratégico Institucional (OEI)	Acción Estratégica Institucional (AEI)	Actividad Operativa del POI	Objetivo General	Objetivos Específicos del Plan Anual de Trabajo
Oficina de Gestión de la Calidad	OEI.04 Fortalecer la rectoría y la gobernanza sobre el sistema de salud; y la gestión institucional; para el desempeño eficiente; ético e íntegro; en el marco de la modernización de la gestión pública	AEI.04.02 Gestión orientada a resultados al servicio de la población; con procesos optimizados y procedimientos administrativos simplificados	5000003. GESTIÓN ADMINISTRATIVA	Implementar el Sistema de Gestión de la Calidad (SGC) en el hospital.	Gestionar la disminución de los riesgos de la atención en salud
					Fortalecer las competencias en temas de calidad en salud al personal del hospital.
					Mejorar los estándares de atención en salud en nuestra institución
					Fortalecer la planificación del hospital para el desarrollo del SGC.
					Obtener información de los usuarios y procesos para la mejorar la Calidad en Salud





Plan de Gestión de la Calidad

6.5 Actividades por Objetivo

Objetivos Específicos	Actividad Operativa	Tareas	Unidad de medida	Meta	Responsable
Gestionar la disminución de los riesgos de la atención en salud	Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía en centros quirúrgicos.	Conformación del Equipo Conductor de la implementación de la LVSC	R.D.	1	Dirección General
		Aplicación de la LVSC	Informe	2	Servicio de Enfermería Centro Quirúrgico
		Registro de la encuesta del Equipo conductor para la implementación de la Lista de LVSC	Nota informativa	2	Equipo Conductor de La LVSC
	Implementación del Registro, Notificación y Análisis de la ocurrencia de incidentes y/o Eventos Adversos en Salud	Conformación del Comité de Seguridad del Paciente	R.D.	1	Dirección General
		Elaboración del Plan de Seguridad del paciente	R.D.	1	Oficina de Gestión de la Calidad
		Conformación del Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente	R.D.	1	Dirección General
		Análisis de los eventos adversos	Informe	4	Comité de Seguridad del paciente
		Consolidado de registro, notificación eventos adversos en salud, ocurridos en el establecimiento.	Informe	4	Oficina de Gestión de la Calidad





Plan de Gestión de la Calidad

Objetivos Específicos	Actividad Operativa	Tareas	Unidad de medida	Meta	Responsable
	Implementación del proceso de higiene de manos	Capacitación, monitoreo, supervisión y evaluación de la adherencia a la higiene de manos por personal de salud	Informe	4	Comité de infecciones asociadas a la Atención en Salud
	Implementación de las Rondas de Seguridad del Paciente	Ejecución de Ronda de Seguridad	Nota informativa	4	Equipo de Ronda de Seguridad
Fortalecer las competencias en temas de calidad en salud al personal del hospital	Capacitar al personal de salud en temas de seguridad del paciente, auditoría médica y en salud y proyectos de mejora	Ejecución de capacitación en los tópicos mencionados	Informe	1	Oficina de Gestión de la Calidad
Mejorar los estándares de atención en salud en nuestra institución	Implementación de la Autoevaluación del Proceso de Acreditación	Conformación del Equipo de Acreditación y del equipo de auto evaluadores	R.D.	1	Dirección General
		Aprobación del Plan de Autoevaluación	R.D.	1	Dirección General
		Comunicación del inicio de Autoevaluación	Oficio	1	Dirección General
		Ejecución de Autoevaluación	Informe	1	Equipo de auto evaluadores
	Implementación de la Auditoría de la Calidad de Atención	Conformación de los Comités de Auditoría	R.D.	1	Dirección General
		Aprobación del Plan de auditoría	R.D.	1	Dirección General
		Ejecución del Plan de Auditoría	Informe	2	CAM/CAS
		Implementación de Recomendaciones de Auditoría.	Informe	2	CAM/CAS





Plan de Gestión de la Calidad

Objetivos Específicos	Actividad Operativa	Tareas	Unidad de medida	Meta	Responsable
	Implementación de proyectos y/o acciones de mejora.	Conformación de equipos de mejora	R.D.	1	Oficina de Gestión de la Calidad
		Elaboración de Plan de Mejora Continua	R.D.	1	Oficina de Gestión de la Calidad
		Ejecución del Plan de Mejora Continua	Informe	2	Oficina de Gestión de la Calidad
		Ejecución de proyectos y Acciones de mejora	Informe	2	Equipos de Mejora
Fortalecer la planificación del hospital para el desarrollo del SGC.	Elaboración del Plan de Gestión de la Calidad (PGC)	Aprobación del PGC	R.D.	1	Oficina de Gestión de la Calidad
		Envío de PGC a DIRESA	Oficio	1	Oficina de Gestión de la Calidad
		Evaluación del PGC	Informe	4	Dirección General
Obtener información de los usuarios y procesos para la mejorar la Calidad en Salud	Medición de la satisfacción del usuario externo	Elaboración de plan de satisfacción del usuario externo	RD	1	Oficina de Gestión de la Calidad
		Ejecución de estudio de satisfacción de usuario externo	informe	1	Oficina de Gestión de la Calidad





Plan de Gestión de la Calidad

6.5.1 Cronograma de actividades

Objetivos Específicos	Actividad	Tarea	Unidad de medida	Meta	Programación												Responsable
					Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	
Gestionar la disminución de los riesgos de la atención en salud	Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía en centros quirúrgicos.	Conformación del Equipo Conductor de la implementación de la LVSC	R.D.	1			X										Dirección General
		Aplicación de la LVSC	Informe	2							X					X	Servicio de Enfermería Centro Quirúrgico
		Registro de la encuesta del Equipo conductor para la implementación de la Lista de LVSC	Nota informativa	2								X				X	Equipo Conductor de La LVSC
	Implementación del Registro, Notificación y Análisis de la ocurrencia de incidentes y/o Eventos Adversos en Salud	Conformación del Comité de Seguridad del Paciente	R.D.	1			X										Dirección General
		Elaboración del Plan de Seguridad del paciente	R.D.	1			X										Oficina de Gestión de la Calidad
		Conformación del Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente	R.D.	1	X												Dirección General
		Análisis de los eventos adversos	Informe	4				X			X			X	X	Comité de Seguridad del paciente	
		Consolidado de registro, notificación eventos adversos en salud, ocurridos en el establecimiento.	Informe	4				X			X			X	X	Oficina de Gestión de la Calidad	
	Implementación del proceso de higiene de manos	Capacitación, monitoreo, supervisión y evaluación de la adherencia a la higiene de manos por personal de salud	Informe	4				X			X			X	X	Comité de infecciones asociadas a la Atención en Salud	





PERÚ

Ministerio
de SaludHospital de
Emergencias Pediátricas"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la
conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

Plan de Gestión de la Calidad

Objetivos Específicos	Actividad	Tarea	Unidad de medida	Meta	Programación												Responsable	
					Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic		
	Implementación de las Rondas de Seguridad del Paciente	Ejecución de Ronda de Seguridad	Nota informativa	4				X				X		X		X	Equipo de Ronda de Seguridad	
Fortalecer las competencias en temas de calidad en salud al personal del hospital	Capacitar al personal de salud en temas de seguridad del paciente, auditoría médica y en salud y proyectos de mejora	Ejecución de capacitación en los tópicos mencionados	Informe	1								X					Oficina de Gestión de la Calidad	
Mejorar los estándares de atención en salud en nuestra institución	Implementación de la Autoevaluación del Proceso de Acreditación	Conformación del Equipo de Acreditación y del equipo de auto evaluadores	R.D.	1		X											Dirección General	
		Aprobación del Plan de Autoevaluación	R.D.	1									X				Dirección General	
		Comunicación del inicio de Autoevaluación	Oficio	1									X				Dirección General	
		Ejecución de Autoevaluación	Informe	1											X		Equipo de auto evaluadores	
	Implementación de la Auditoría de la Calidad de Atención	Conformación de los Comités de Auditoría	R.D.	1			X											Dirección General
		Aprobación del Plan de auditoría	R.D.	1			X											Dirección General
		Ejecución del Plan de Auditoría	Informe	2								X				X	CAM/CAS	
		Implementación de Recomendaciones de Auditoría.	Informe	2								X				X	CAM/CAS	
	Implementación de proyectos y/o acciones de mejora.	Conformación de equipos de mejora	R.D.	1			X											Oficina de Gestión de la Calidad
		Elaboración de Plan de Mejora Continua	R.D.	1			X											Oficina de Gestión de la Calidad
Ejecución del Plan de Mejora Continua		Informe	2								X				X	Oficina de Gestión de la Calidad		





Plan de Gestión de la Calidad

Objetivos Específicos	Actividad	Tarea	Unidad de medida	Meta	Programación												Responsable	
					Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic		
		Ejecución de proyectos y Acciones de mejora	Informe	2								X					X	Equipos de Mejora
Fortalecer la planificación del hospital para el desarrollo del SGC.	Elaboración del Plan de Gestión de la Calidad (PGC)	Aprobación del PGC	R.D.	1			X											Oficina de Gestión de la Calidad
		Envío de PGC a DIRESA	Oficio	1			X											Oficina de Gestión de la Calidad
		Evaluación del PGC	Informe	4				X			X			X			X	Dirección General
Obtener información de los usuarios y procesos para la mejora de la Calidad en Salud	Medición de la satisfacción del usuario externo	Elaboración de plan de satisfacción del usuario externo	RD	1			X											Oficina de Gestión de la Calidad
		Ejecución de estudio de satisfacción de usuario externo	informe	1								X						





Plan de Gestión de la Calidad

6.6 Presupuesto y Financiamiento

El presente plan se financia con presupuesto asignado a la Oficina de Gestión de la Calidad en la fuente de financiamiento Recursos Ordinarios y de acuerdo a disponibilidad presupuestaria.

6.7 Seguimiento y Evaluación del Plan

La Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital de Emergencias Pediátricas es responsable de la supervisión, monitoreo y evaluación del cumplimiento del presente plan.

VII. RESPONSABILIDADES

- 7.1 Dirección General, es responsable de la aprobación del Plan de Gestión de la Calidad en Salud del Hospital Emergencias Pediátricas 2024 y de garantizar su cumplimiento.
- 7.2 La Oficina de la Gestión de la Calidad del Hospital Emergencias Pediátricas es responsable de la evaluación del presente plan y remitir la información correspondiente dentro de la periodicidad establecida a su par de DIRIS Lima Centro.
- 7.3 Los Jefes de Departamentos / Servicios, Oficinas y Comités Funcionales del HEP son responsables del monitoreo de cada actividad programada según lo detallado en el presente plan y de remitir los informes respectivos a la Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital Emergencias Pediátricas para su evaluación y consolidación respectiva.

VIII. ANEXOS

- 8.1 Anexo N° 1: Metas e Indicadores del Plan 2024





PERÚ

Ministerio
de SaludHospital de
Emergencias Pediátricas"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la
conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

Plan de Gestión de la Calidad

Anexo N° 1: Metas e Indicadores del Plan 2024

CRITERIOS DE PROGRAMACIÓN 2024-MINSA	INDICADOR	FUENTE DE VERIFICACIÓN	META DE CUMPLIMIENTO
Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía	% de Aplicación de la LVSC	Encuesta del Equipo Conductor	≥ 98%
Notificación de Incidentes y Eventos Adversos	% de jefaturas que notifican incidentes/eventos adversos	Informe	≥ 50%
Ejecución de Rondas de Seguridad del Paciente	% de Rondas de Seguridad del Paciente ejecutadas en el año	Informe	100%
Implementación de la Auditoría de la Calidad de Atención en los establecimientos de salud	% de ejecución del Plan de Auditoría	Informe	≥ 80%
Implementación del proceso de higiene de manos en los establecimientos de salud	% de adherencia del personal de salud a la higiene de manos según momentos	Informe	≥ 60%
Implementación de la Autoevaluación de establecimientos de salud	% de cumplimiento de los criterios de evaluación	Informe	≥ 82%
Medición de la satisfacción del usuario externo en consulta externa/hospitalización/emergencia	% de satisfacción del Usuario Externo en consultorios especializados, Hospitalización y Emergencia	Informe	≥ 75%

