



Resolución Directoral

Lima, 11 de abril del 2024

VISTO:

La Nota Informativa N° 000099-2024-OGC/HSR, de fecha 02 de abril del 2024, de la Oficina de Gestión de la Calidad, el Informe N°000019-2024-UPLANES/HSR, de fecha 05 de abril del 2024, de la Oficina de la Unidad de Planes, el MEMORANDO N°000542-2024-OEPLANEAMIENTO/HSR, de fecha 05 de abril del 2024, de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico y el INFORME N°000129-2024-OAJ/HSR, de fecha 10 de abril del 2024, de la Oficina de Asesoría Jurídica, y;

CONSIDERANDO:

El numeral VI del Título Preliminar de la Ley N° 28642-Ley General de salud, establece que: "Es de interés público la provisión de servicios de salud, cualquiera sea la persona o situación que los provea. Es responsabilidad del estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables;

Que, mediante Decreto Legislativo N°1161 que aprueba la Ley de Organización y funciones del Ministerio de Salud, establece en su artículo 11° inciso a) Formular, Proponer, implementar, ejecutar, evaluar y supervisar la política de salud pública, orientadas al mediano y largo plazo, así como a las intervenciones de promoción y protección de la salud de la población, de conformidad con la respectiva política nacional de salud;

Que, el Plan Nacional de Gestión de la Calidad en Salud, aprobado por Resolución Ministerial N°596-2007/MINSA, establece que el "Ministerio de Salud (MINSA) ha venido impulsando iniciativas para mejorar la calidad de las prestaciones de salud de manera directa y por medio de diversos convenios. Estos esfuerzos han sido desarrollados fundamentalmente por los trabajadores y equipos de los servicios de salud del sector";

Que, mediante Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, que aprueba el documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad de la Atención en Salud, y de la Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, que aprueba el documento Técnico Política Nacional de Calidad en Salud, la Oficina de la Calidad es la encargada de Implementar el Sistema de gestión de la calidad en el Hospital Santa Rosa;



Que, de acuerdo al Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Santa Rosa, aprobado por Resolución Ministerial N° 1022-2007/MINSA, las funciones de la Oficina de Gestión de la Calidad, es la encargada de implementar el sistema de Gestión de la Calidad con la participación activa de todo el personal, por lo que, es responsable de elaborar el presente documento denominado: "Plan Anual de la Oficina de Gestión de la Calidad 2024 del Hospital Santa Rosa";

Que, mediante Nota Informativa N° 000099-2024-OGC/HSR, de fecha 02 de abril del 2024, la Oficina de Gestión de la Calidad, emite el "Plan Anual de la Oficina de Gestión de la Calidad 2024 del Hospital Santa Rosa", con la finalidad del contribuir al incremento de la calidad y la seguridad de la atención en salud de los usuarios del Hospital Santa Rosa, el cual incluye todas las actividades del sistema de la Gestión de la Calidad, tales como: Acreditación Institucional, Auditoria de la Calidad de Atención, Seguridad del Paciente, Medición de Satisfacción del usuario externo, y Mejora Continua de la Calidad;

Que, de la revisión y análisis del presente plan, la Unidad de Planes, mediante Informe N°000019-2024-UPLANES/HSR, de fecha 05 de abril del 2024, remite Opinión Favorable para la Aprobación del "Plan Anual de la Oficina de Gestión de la Calidad 2024 del Hospital Santa Rosa", que permitirá fortalecer los procesos de mejora continua de la calidad y seguridad del paciente en el Hospital Santa Rosa;

Con los Vistos de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, la Oficina de Gestión de la Calidad y la Oficina de Asesoría Jurídica del Hospital Santa Rosa;

En uso de las facultades conferidas en el literal e) artículo 6° del Reglamento de Organizaciones y Funciones del Hospital Santa Rosa, aprobada mediante Resolución Ministerial N°1022-2007/MINSA;

SE RESUELVE:

ARTICULO 1°. - **APROBAR**, el "Plan Anual de la Oficina de Gestión de la Calidad 2024 del Hospital Santa Rosa", que como Anexo forma parte integrante de la presente Resolución.

ARTÍCULO 2°. - **DISPONER**, a la Oficina de Gestión de la Calidad, efectué las acciones correspondientes para el seguimiento y cumplimiento del acotado Plan.

ARTÍCULO 3°.- DISPONER, a la Oficina de Estadística e informática efectuar la publicación del presente acto Resolutivo en la Página Web del Portal Institucional del Hospital Santa Rosa: <http://hsr.gob.pe>.

Regístrese, Comuníquese y Cúmplase,


M.C. RAUL NALVARTE TAMBINI
DIRECTOR GENERAL (e)
CMP. 020306 RNE. 012400

RNT/FCM/cso

DISTRIBUCIÓN:

- > Dirección General
- > Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico
- > Oficina de Gestión de la Calidad
- > Oficina de Estadística e Informática
- > Archivo.



**HOSPITAL
SANTA ROSA**
PUEBLO LIBRE

Calidez, ciencia y experiencia a su servicio

PLAN ANUAL DE LA OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD 2024 DEL HOSPITAL SANTA ROSA

ÍNDICE

I. Introducción	3
II. Finalidad	4
III. Objetivos	4
3.1. Objetivo General.....	4
3.2. Objetivos Específicos	4
IV. Ámbito de Aplicación.....	4
V. Base Legal.....	4
VI. Contenido.....	5
6.1. Aspectos Técnicos Conceptuales (Definiciones Operativas).....	5
6.2. Análisis de la Situación Actual.....	7
6.2.1. Antecedentes	7
6.2.2. Problemas (magnitud, caracterización y causas)	15
6.2.3. Población o entidades objetivo	16
6.2.4. Alternativa de solución.....	16
6.3. Articulación Estratégica:.....	16
6.4. Articulación Operativa:.....	18
6.4.1. Descripción Operacional:	18
6.4.2. Desarrollo Operacional:	19
6.4.3. Cronograma de Actividades:	21
6.5. Presupuesto:	25
6.6. Acciones de Monitoreo, Supervisión y Evaluación del Plan de Trabajo:	26
VII. Responsabilidad:	26
VIII. Anexos:.....	27
IX. Bibliografía:	41

I. Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS), establece que la calidad de la atención es el grado en que los servicios de salud para las personas y las poblaciones, aumentan la probabilidad de resultados de salud deseados. Se fundamenta en conocimientos profesionales basados en la evidencia y es fundamental para lograr la cobertura sanitaria universal. A medida que los países se comprometen a lograr la salud para todos, es imperativo considerar cuidadosamente la calidad de la atención y los servicios de salud. La atención sanitaria de calidad se puede definir de muchas maneras, pero hay un creciente reconocimiento de que los servicios de salud de calidad deben ser:

- **Eficaz** – proporcionar servicios de salud basados en evidencia a quienes los necesitan;
- **Seguro** – evitar daños a las personas para las que el cuidado está destinado; Y
- **Centrado en las personas:** proporcionar atención que responda a las preferencias, necesidades y valores individuales.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Calidad es una cualidad de la atención sanitaria, esencial para el logro de los objetivos nacionales en salud, la mejora de la salud de la población y el futuro sostenible de los sistemas de atención en este sector. (OMS. 2024)

En ese sentido, a nivel mundial la calidad de la atención en los servicios de salud es sin duda una preocupación primordial en la gestión de todo el sector de salud, no solo por el deseo de mejorar las capacidades institucionales si no sobre todo porque en el eje de todos los procesos de la atención se encuentra la vida de las personas, cuya salud debe ser promovida y protegida.

En el Perú desde el año 2006 se inició un proceso de reforma bajo la premisa de reconocer que la salud es un derecho y que el Estado debe garantizar su protección para lo cual el Ministerio de Salud a través de los documentos Técnicos: “Sistema de Gestión de la Calidad” (Resolución Ministerial 519-2006/MINSA) y “Política Nacional de Calidad en Salud” (Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA) buscan contribuir y fortalecer la mejora de la calidad de la atención en las organizaciones proveedoras de servicios de salud.

En ese contexto y de conformidad con lo dispuesto en el artículo 10 del Reglamento de Organizaciones y Funciones del Hospital Santa Rosa, aprobado con Resolución Ministerial 1022-2007-MINSA la Oficina de Gestión de la Calidad en el Hospital Santa Rosa, es la encargada de implementar el Sistema de Gestión de la Calidad con la participación activa de todo el personal, por lo que, es responsable de elaborar el presente documento denominado: “Plan Anual de Gestión de la Calidad del Hospital Santa Rosa 2024”, que reúne todas las actividades que están incluidas en cada una de las líneas de trabajo del Sistema de Gestión de la Calidad, tales como: Acreditación, Auditoria, Seguridad del Paciente, Medición de Satisfacción del usuario externo, y Mejora Continua. Cada línea de acción tiene sus actividades propias según sus objetivos específicos, plenamente desarrollados.

En ese sentido, este documento contiene una visión macro de dichas líneas de trabajo, con productos sujetos de evaluación, los cuales se encuentran perfectamente acoplados al Plan Operativo Anual Institucional (POI) del Hospital Santa Rosa.

II. Finalidad

El presente plan tiene como finalidad contribuir al incremento de la calidad y la seguridad de la atención en salud de los usuarios del Hospital Santa Rosa.

III. Objetivos

3.1. Objetivo General

Implementar el sistema de Gestión de la Calidad en el Hospital Santa Rosa, fortaleciendo los procesos de Mejora Continua y las buenas prácticas de atención de acuerdo a las líneas de acción en calidad en todos los Departamentos, Servicios y Oficinas.

3.2. Objetivos Específicos

- Desarrollar actividades para la Acreditación Institucional.
- Fortalecer los Procesos de la Mejora Continua de la Calidad.
- Medir la Satisfacción de los usuarios externos
- Fortalecer la Seguridad de la Atención en los Servicios Asistenciales.
- Dar cumplimiento a la Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de atención en Salud en los Servicios Asistenciales.

IV. Ámbito de Aplicación

El presente Plan Anual de la Oficina de Gestión de la Calidad, es de aplicación en todos los Departamentos, Servicios y Oficinas del Hospital Santa Rosa.

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 Legislativo N° 1161. Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- Decreto Supremo N° 008-2017-SA. Decreto Supremo que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud y sus modificatorias.
- Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA que aprueba el Documento Técnico “Sistema de Gestión de la Calidad de la Atención en Salud”.
- Resolución Ministerial N° 596-2007/MINSA que aprueba el “Plan Nacional de Gestión de la Calidad en Salud”
- Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, que aprueba NTS N° 050-MINSA/DGSP V.02: “Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo
- Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA que aprueba el Documento Técnico Política Nacional de Calidad en Salud.
- Resolución Ministerial 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.
- Resolución Ministerial N° 214-2018/MINSA. que aprueba la Norma Técnica de Salud N° 139.MINSA/2018. DGAIN. “Norma técnica para la Gestión de la Historia Clínica”.

- Resolución Ministerial N° 502-2016/MINSA que aprueba la NTS N° 029-MINSA/DIGEPRES-V.02, “Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud”.
- Resolución Ministerial N° 163-2020/MINSA que aprueba la Directiva Sanitaria N° 92-MINSA/2020/DGAIN: “Directiva Sanitaria de Rondas de Seguridad del Paciente para la gestión del riesgo en la atención de salud”.
- Resolución Directoral N° 258-2014-SA-DS-HSR- OEPE/DG, que aprueba el Manual de Procesos y Procedimientos de la Oficina de Gestión de la Calidad.
- Resolución Ministerial N° 1022-2007 MINSA, que aprueba el “Reglamento De organización y Funciones del Hospital Santa Rosa”.
- Resolución Ministerial N° 095-2012/MINSA, que aprueba Guía Técnica “Guía para la Elaboración de Proyectos de Mejora y la Aplicación de Técnicas y Herramientas para la Gestión de la Calidad”.
- Resolución Directoral N° 168-2014-SA-DS-HSR-OEPE/DG. “Manual de Organización y Funciones de la Oficina de la Gestión de la Calidad”.
- Resolución Jefatural N° 631-2016-IGSS que aprueba la Norma Sanitaria N° 005-IGSS/V.1: “Sistema de Registro y Notificación de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinelas”.
- Resolución Ministerial N° 826-2021/MINSA. Aprueba Documento Técnico “Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud”.

VI. Contenido

6.1. Aspectos Técnicos Conceptuales (Definiciones Operativas)

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 y el desarrollo armónico de las unidades productoras de servicios de un establecimiento de salud o servicio médico de apoyo.

Autoevaluación: Fase inicial obligatoria de evaluación del proceso de acreditación, en la cual los establecimientos de salud, cuentan con un equipo institucional de evaluadores internos previamente formados, quienes hacen uso del Listado de Estándares de Acreditación para Establecimientos de Salud con categorías I-1 hasta el III-2 y Servicios Médicos de Apoyo y realizan una evaluación interna para determinar su nivel de cumplimiento e identificar sus fortalezas y áreas susceptibles de mejoramiento.

Auditoría de la calidad de la atención en salud: Es el procedimiento sistemático y continuo de evaluación del cumplimiento, por los profesionales de salud, de estándares y requisitos de calidad de los procesos de atención en salud a los usuarios de manera individual, y que tiene como finalidad fundamental la búsqueda de la mejora continua de las atenciones en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo. Esto implica:

- La realización de actividades de evaluación y seguimiento de procesos en salud 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.
- La propuesta e implementación de recomendaciones tendientes a corregir las desviaciones detectadas y el seguimiento de las mismas.
- La Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud, en ninguna modalidad o tipo, tiene motivaciones o fines punitivos.

Auditoría Médica: Tipo de Auditoría sobre un Acto Médico, realizada por profesionales médicos, que no han participado en la producción de datos o la información, ni en la atención médica. Es la revisión detallada de registros y procesos médicos seleccionados con el objetivo de evaluar la calidad de la atención médica brindada. Incluye los aspectos de prevención, promoción, recuperación y rehabilitación en salud, así como el diagnóstico, tratamiento y evolución, y el uso de recursos, según corresponda.

Auditoría en Salud: Tipo de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud sobre todo el proceso de atención realizada, o sobre un aspecto en particular de la atención (de enfermería, obstetricia, u otros); es llevada a cabo por profesionales de salud, capacitados y formados para realizar Auditoría de la Calidad. Puede incluir aspectos administrativos, relacionados directamente con la atención brindada.

Auditorías de Caso: Tipo de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud, que no está incluida en el Plan Anual. Se realiza ante la presencia de un incidente de tipo clínico, que ha generado daño real (evento adverso) o potencial al usuario en el proceso de atención, independiente de que genere repercusión en los medios públicos, o denuncias, reclamos o quejas de parte afectada o interesada. Por lo general obliga a la participación de diferentes especialidades médicas, y puede incluir aspectos administrativos, relacionados directamente con la atención brindada. La metodología sugerida es el análisis de causa raíz.

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

Eventos Adversos: Una lesión o resultado indeseado, no intencional, en salud del paciente, directamente asociado con la atención de salud. Puede estar causado por errores o por la imprevisible reacción del organismo del paciente.

Indicadores de Calidad: En la atención hospitalaria, los indicadores de calidad sirven de base para medir u objetivar, en forma cuantitativa o cualitativa el desempeño de los servicios que brindan o deben brindar los sistemas de salud y facilitar las comparaciones en el espacio y en el tiempo; del mismo modo, permiten evaluar logros orientados a objetivos además de respaldar acciones y políticas. La Organización Mundial de la Salud los ha definido como "variables que sirven para medir los cambios".

Mejora continua 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 para la calidad, con el fin de cerrar las brechas existentes, alcanzar niveles de mayor competitividad y encaminarse a construir una organización de excelencia.

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

Planificación para la Calidad: Permite definir las políticas generales y objetivos de la calidad a partir de los cuales se articularán los esfuerzos posteriores de compromisos y participación en el proceso de desarrollo e implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud.

Rondas de Seguridad: Herramienta de calidad que permite evaluar la ejecución de las buenas prácticas de la atención en salud, recomendada para fortalecer la cultura de seguridad del paciente, consiste en una visita programada de un servicio seleccionado al azar, para identificar prácticas inseguras durante la atención de salud y establecer contacto directo con el paciente, familia y personal de salud, siempre con actitud educativa y no punitiva.

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

Seguridad del paciente: Es la reducción o mitigación 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 en el contexto en el que se prestaba la atención, ponderadas frente al riesgo de no dispensar tratamiento o de dispensar otro.

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 las entidades de salud del Sector y a sus dependencias públicas de los tres niveles (nacional, regional y local), en lo relativo a la calidad de la atención y de la gestión.

Sistema de Notificación de Eventos Adversos: Es un sistema de reporte que permite la identificación de eventos adversos e incidentes que ocurren durante la atención de salud a fin de realizar un análisis a profundidad de los factores que contribuyen a la presentación del evento o incidente.

6.2. Análisis de la Situación de Salud.

6.2.1. Antecedentes

La Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital Santa Rosa fue creada en el año 2007, desde entonces es el órgano encargado del asesoramiento y la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad para promover la mejora continua de la atención asistencial y administrativa al paciente, con la participación activa del personal, y depende de la Dirección General del Hospital.

A lo largo de los años desde su creación hasta la actualidad ha venido desarrollando actividades que no sólo se han limitado a la aplicación de las normas vigentes, sino también a la implementación de algunas iniciativas que han convertido a esta unidad en un referente nacional.

La Oficina de Gestión de la Calidad tiene a su cargo las líneas de trabajo del Sistema de Gestión de la Calidad aprobado por el Ministerio de Salud con Resolución Ministerial N° 519-2005/MINSA, tales como: Acreditación, Auditoría, Atención al Usuario, Información para la Calidad, Mejora Continua, Seguridad del Paciente.

En ese sentido y de acuerdo a las líneas de acción se describen las principales actividades y los logros alcanzados de acuerdo a las unidades funcionales con las que cuenta la Oficina de Gestión de la Calidad para el año 2023, las mismas que nos han servido como base para la programación de las actividades del año 2024

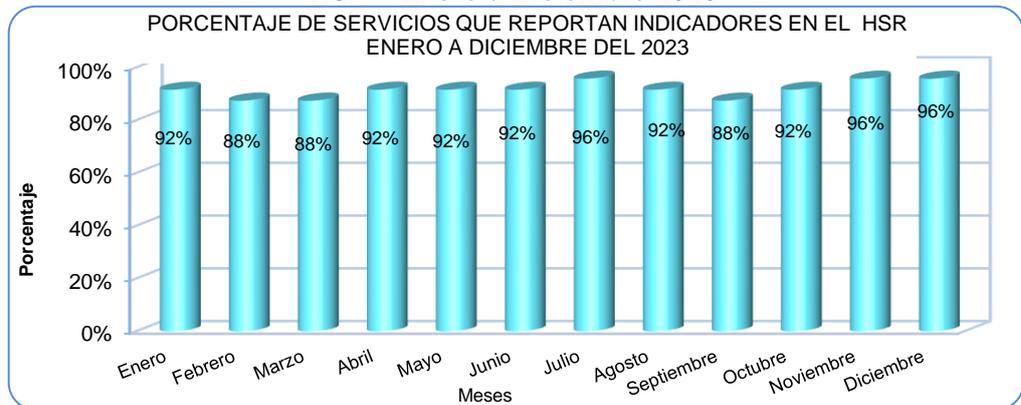
1. Información para la calidad:

a) Uso de Indicadores de Calidad:

En la atención hospitalaria, los indicadores de calidad sirven de base para medir u objetivar, en forma cuantitativa o cualitativa el desempeño de los servicios que brindan o deben brindar los sistemas de salud y facilitar las comparaciones en el espacio y en el tiempo; del mismo modo, permiten evaluar logros orientados a objetivos además de respaldar acciones y políticas.

En el Hospital Santa Rosa un promedio de 92% de Departamentos y Servicios reportaron sus respectivos indicadores de calidad durante el periodo 2023 (Grafico N° 1)

Gráfico N° 1: Porcentaje de Servicios que reportan Indicadores de Calidad HSR – Enero a Diciembre 2023



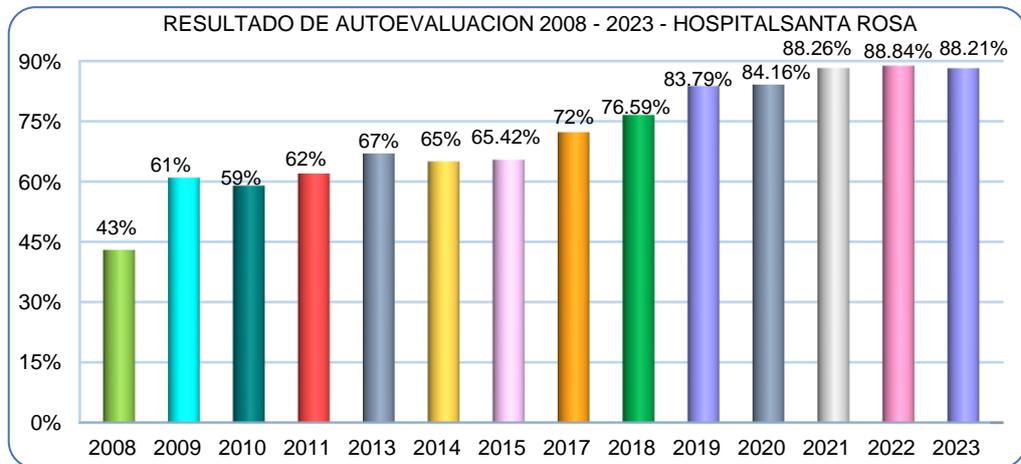
Fuente: Oficina de Gestión de la Calidad.

b) Acreditación:

El Proceso de Autoevaluación 2023 fue desarrollado dentro del marco de las políticas de calidad emitidas por el ministerio de Salud y la normativa contenida en el Sistema de Gestión de la Calidad vigente, así como la Norma Técnica de Acreditación de Servicios en Salud del Ministerio de Salud y la Guía Técnica del Evaluador.

En ese contexto el Hospital Santa Rosa viene mejorado su puntaje de autoevaluación año a año es decir qué; de un 43% alcanzado en el año 2008 (primera medición), a 88.84% alcanzado en el año 2022 (Gráfico N° 2)

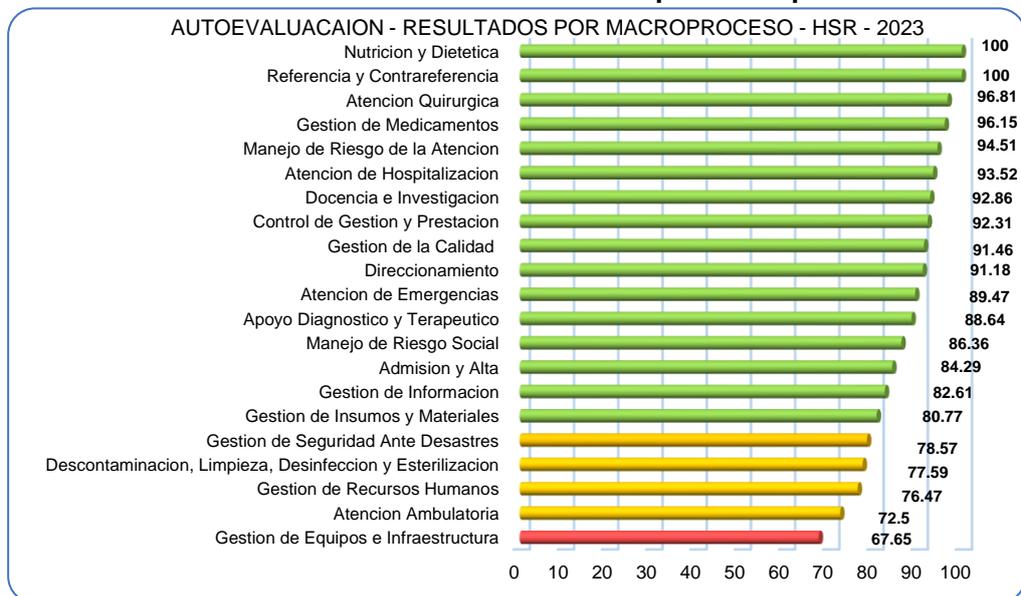
Gráfico N° 2: Resultado de Autoevaluación del 2008 al 2022 – HSR.



Fuente: Oficina de Gestión de la Calidad.

Los resultados del año 2023 se desagregan por macroproceso en el gráfico N°3, donde los macroprocesos de Nutrición y Referencia y Contrareferencia alcanzaron el 100%, mientras que el macroproceso Gestión de Equipos e Infraestructura alcanzó el 67.65%

Gráfico N° 3: Resultado de Autoevaluación por Macroprocesos 2023



Fuente: Oficina de Gestión de la Calidad.

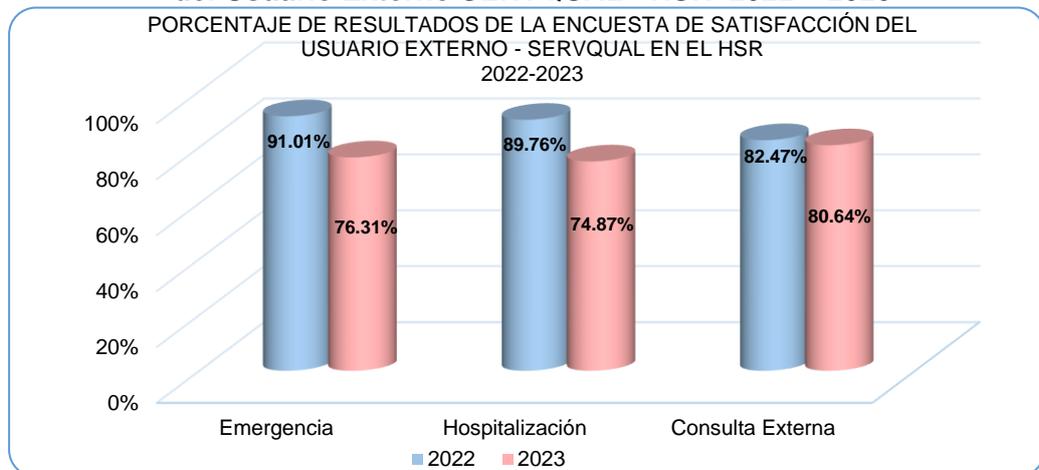
c) Satisfacción del usuario:

Se han desarrollado actividades orientadas a mejorar la atención al usuario:

- Se elaboró y ejecutó el Plan Anual de Gestión de la Humanización de la Atención del Paciente aprobado mediante Resolución Directoral N° 097-2023- MINSa-HSR-DG.

- Se realizaron conferencias en humanización de la atención en salud, dirigidas al usuario interno (Residentes, Internos, personal de Caja, personal de admisión principal y de emergencia, personal de la Plataforma de Atención al Usuario, etc.)
- Se aplicó en el primer y segundo semestre del año 2023 la encuesta de satisfacción dirigida al usuario externo (SERVQUAL MODIFICADA), en ese sentido, los resultados son comparados con lo obtenido durante el año 2022. (Gráfico N° 04).
 En Emergencia se alcanzó 76.31% de satisfacción, disminuyendo este porcentaje en 14.7 puntos porcentuales con relación al año anterior (91.01%).
 En Hospitalización se alcanzó 74.87% de satisfacción, disminuyendo este porcentaje en 14.8 puntos porcentuales con relación al año anterior (89.76%).
 En Consulta Externa se alcanzó el 80.64% de satisfacción, disminuyendo este porcentaje en un 1.8 puntos porcentuales con relación al año anterior (82.47%)
- Se aplicaron encuestas de satisfacción a los usuarios externos del Servicio de Ecografía, Servicio de Radiología, Trámite de Admisión, Trámite de Alta, usuarios del Servicio de Centro Quirúrgico y usuarias de Parto; en todas ellas se obtuvo un porcentaje de satisfacción por encima del 96%.

Gráfico N° 04: Porcentaje de Resultados de la Encuesta de Satisfacción del Usuario Externo SERVQUAL - HSR 2022 – 2023



Fuente: Oficina de Gestión de la Calidad.

- El tiempo de espera promedio para la atención en ventanilla de farmacia central a pacientes asegurados fue de 10.19 minutos y para pacientes no asegurados fue de 13.49 minutos.
- El tiempo de espera promedio para la atención en el área de toma de muestra fue de 28 minutos.
- El tiempo de espera promedio para la atención en consulta externa fue de 29 minutos.
- El tiempo de espera promedio para prioridades de emergencia tipo II fue de 10 minutos y para prioridades tipo III fue de 20 minutos

- El tiempo de espera promedio para el proceso de alta fue de 309 minutos, es decir 5 horas con 9 minutos.

d) Mejora Continua

- Se conformó el Equipo de Mejora Continua, aprobado con Resolución Directoral N° 180-2023-MINSA-HSR-DG.
- Se elaboró y ejecuto el Plan Anual de Mejora Continua de la Calidad 2023 aprobado con Resolución Directoral N° 282-2023-MINSA-HSR-DG
- Se realizó la asesoría y monitoreo de los proyectos de mejora:
Proyecto de Mejora “Deteniendo las Neumonías Asociadas a Ventilación Mecánica”
Este Proyecto de Mejora presentado por el Servicio de Cuidados Críticos, al finalizar el año 2023 continuo en Etapa de Estudio, la oficina de Gestión de la Calidad cumplió con la asistencia técnica en más de una oportunidad, quedando pendiente para el 2024 la presentación de los avances.
- Para el segundo semestre del 2023, según la Nota Informativa N° 000037-2024-OGC/HSR, en el Hospital Santa Rosa se han identificado 32 acciones de mejora.

2. Garantía para la Calidad:

a) Seguridad del Paciente:

- Se elaboró y ejecuto el Plan Anual de Seguridad del Paciente 2023 aprobado con Resolución Directoral N° 0101-2023-MINSA-HSR-DG.
- Se conformó el Equipo Responsable en Gestión de Riesgo para la Atención en el HSR con RD N° 0121-2023-DG-HSR-MINSA.
- Se conformó el Equipo de Rondas de Seguridad con Resolución Directoral N° 021-2023 DG-HSR-MINSA.
- Se elaboró el cronograma de Rondas de Seguridad en el Hospital Santa Rosa siendo aprobado con Resolución Directoral N° 025-2023 MINSA-HSR-DG.
- Se conformó el Equipo Conductor de la Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía a través de la Resolución Directoral N° 201-2023 DG-HSR-MINSA.
- Se realizó la capacitación en “Seguridad del Paciente” donde se desarrolló los temas de: Notificación de Eventos Adversos, Análisis de Eventos Centinela utilizando el Protocolo de Londres, y Rondas de Seguridad, al personal de reciente ingreso: Residentes, internos de los diferentes Departamentos y Servicio.
- Se realizó Rondas de Seguridad en los servicios de hospitalización, emergencia, así como en el Centro Quirúrgico y el Centro Obstétrico, permitiendo identificar oportunidades de mejora en la atención de salud de los pacientes, a partir de estas se propusieron acciones de mejora en coordinación con las Jefaturas involucradas, informando a la Dirección y Subdirección de las observaciones, así como del cumplimiento del Plan de Acción de Mejoras Post rondas. (Tabla 1).

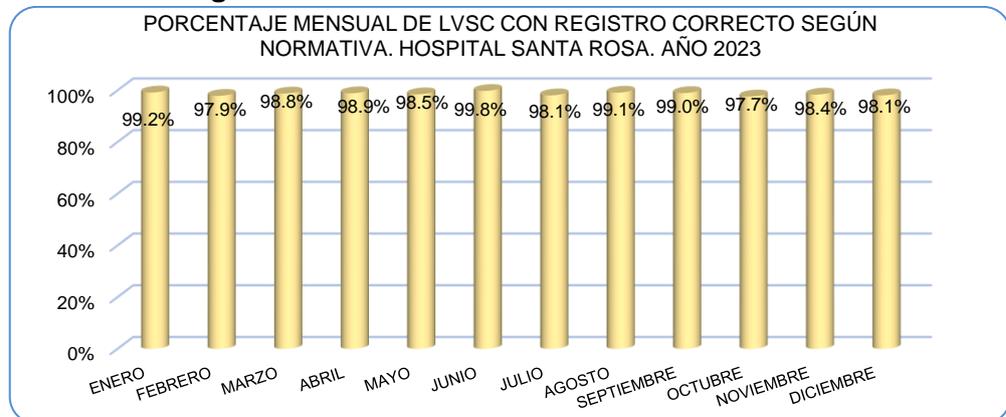
Tabla N° 1: Relación de los Departamentos y Servicios del HSR en los que se realizó Rondas de Seguridad durante el año 2023

N°	DEPARTAMENTO Y/O SERVICIO	RESULTADO	FECHA DE REALIZACIÓN
1	Emergencia	71%	24 de enero
2	Neonatología	91%	23 de febrero
3	Ginecología	65%	13 de marzo
4	Medicina Pediátrica	93%	03 de abril
5	Cirugía	80%	15 de mayo
6	Centro Quirúrgico	84%	05 de junio
7	Medicina	65%	17 de julio
8	Oncología	77%	14 de agosto
9	Cirugía Pediátrica	95%	19 de septiembre
10	Centro Obstétrico	87%	16 de octubre
11	Servicio de Cuidados Críticos	90%	07 de noviembre
12	Cirugía	82%	04 de diciembre

Fuente: Oficina de Gestión de la Calidad.

- La aplicación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía, durante el año 2023 estuvo por encima del 97%, siendo la Oficina de Gestión de la Calidad la responsable de monitorear este proceso (Grafico N° 5)

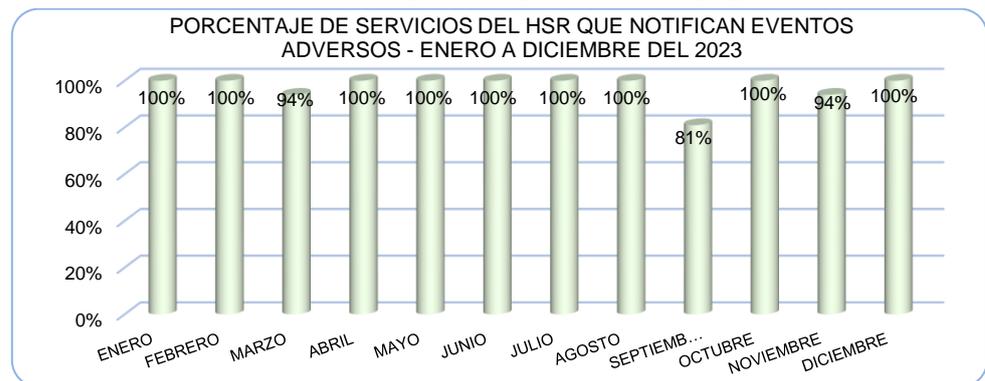
Gráfico N° 5: Porcentaje Mensual de LVSC con Registro correcto según normativa - HSR - Enero a Diciembre – 2023



Fuente: Oficina de Gestión de la Calidad.

- El reporte de los eventos adversos por parte de los Servicios Asistenciales estuvo por encima del 80% en todos los meses del año 2023 (Grafico N° 6), sin embargo, algunos departamentos o servicios entregaron información por fuera de la fecha establecida, la Oficina de Gestión de la Calidad se encargó del acopio de la información y el seguimiento de la entrega de esta información.

Gráfico N° 6: Porcentaje de Servicios del HSR que Notifican eventos Adversos - Enero a Diciembre – 2023



Fuente: Oficina de Gestión de la Calidad.

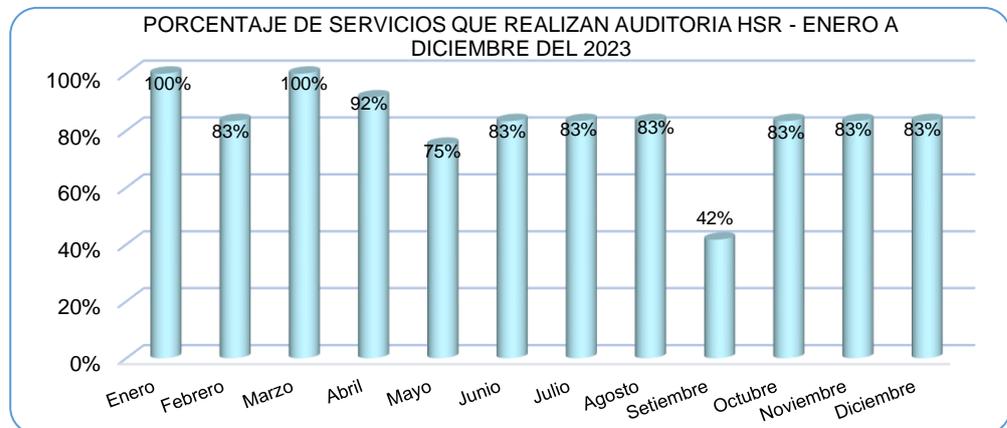
- Se ha verificado el cumplimiento de la directiva de identificación del paciente, monitoreando la aplicación de las medidas destinadas para este fin, es decir, el uso de brazaletes blancos, así como el uso de brazaletes rojos en los pacientes alérgicos. En el caso del uso de acrílicos con los datos del paciente en la cabecera de las camas se ha visto alterada debido a la redistribución de camas y ambientes entre los servicios, situación post pandemia, utilizándose en algunos casos los mismo acrílicos y en otras un cartel con los datos del paciente.

b) Auditoría:

- Se reconstituyeron los Comités de Auditoría Médica, de Auditoría en Salud y Equipos de Auditoría Adscritos del Hospital Santa Rosa, mediante Resolución Directoral N° 166-2023-DG-HSR-MINSA, del 06 de julio de 2023.
- Se realizó el Curso-Taller “Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud”, dirigido a los miembros de los diferentes comités de auditoría del HSR, en el mes de noviembre 2023.
- Se cumplió con realizar el monitoreo de las Auditorías de Caso y las Auditorías en Salud.
- Se monitoreó la realización de la Auditoría de la Calidad de Registro de los diferentes Departamentos y Servicios Asistenciales del HSR. (Gráfico N° 7).
- Se elaboró los informes de Evaluación de la Calidad del Registro del: Reporte Operatorio, Reporte de Anestesia, Reporte de Recuperación; de la Evaluación por Pares, de la Evaluación de la Adherencia a las Guías de Práctica Clínica de los diferentes Departamentos y Servicios Asistenciales del HSR.
- Se elaboró los informes individualizados de los resultados de las Auditorías de Registro, para cada Departamento/Servicio Asistencial del HSR.

- Se elaboró el informe de avance de la implementación de las recomendaciones vertidas en los informes de Auditoría en Salud.

Gráfico N° 7: Porcentaje de Servicios que realizan Auditoria HSR Enero a Diciembre 2023



Fuente: Oficina de Gestión de la Calidad.

c) Otros:

- La Oficina de Gestión de la Calidad cuenta con su página WEB, la cual pone a disposición de las diversas unidades, la información que es necesaria para la toma de decisiones, así como la difusión de actividades que convierte a la Oficina de Gestión de la Calidad en un modelo a nivel local y nacional.
- La Oficina de Gestión de la Calidad atiende las denuncias derivadas por SUSALUD, solicitando los descargos a los Departamentos/Servicios u Oficinas según corresponda para el análisis respectivo y la elaboración de la respuesta final con el sustento debido a fin de evitar un Proceso Administrativo Sancionador.
- La Oficina de Gestión de la Calidad, realiza el acompañamiento en los procesos de supervisión inopinada que realiza SUSALUD a través de sus intendencias en nuestra institución; asimismo, elabora el plan de mitigación de riesgos por cada supervisión con los compromisos adquiridos por la institución a fin de mitigar los riesgos, compromisos que a su vez son monitoreados por la Oficina de Gestión de la Calidad para garantizar su cumplimiento.
- La Oficina de Gestión de la Calidad, atiende las solicitudes de intermediación y por competencia generadas por SUSALUD a través de la IPROT; realizando las acciones internas necesarias para emitir el informe final.
- Se revisaron Guías de Práctica Clínica enviadas por los diferentes Departamentos y Servicios Asistenciales (79 revisiones en el 2021).
- La Oficina de Gestión de calidad monitoreo en coordinación con la Dirección Adjunta el cumplimiento de los Indicadores de Desempeño y Compromisos de Mejora de los servicios a cumplir en el año 2022, para percibir la entrega económica anual a la que hace referencia el artículo 15

el Decreto Legislativo N° 1153, que regula la Política Integral de Compensaciones y entregas económicas del Personal de la Salud al Servicio del Estado.

- La Oficina de Gestión de la Calidad recibió en el 2022 un reconocimiento por la DIRIS LC por el cumplimiento de las líneas de acción del Plan Anual de Gestión de la Calidad correspondiente al periodo 2021

6.2.2. Problemas (magnitud, caracterización y causas)

Fortalezas

- Somos un órgano de asesoría empoderado en la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en la Institución.
- Personal de la Oficina de Gestión de la Calidad comprometido y con competencias técnicas.
- Cada línea de acción del Sistema de Gestión de la Calidad es desarrollada por un responsable en la Oficina de Gestión de la Calidad
- Somos una Oficina referente a nivel Nacional.
- Buen clima laboral
- Trabajo en equipo

Debilidades:

- Insuficientes herramientas tecnológicas (equipos y programas)
- Infraestructura física adaptada y pequeña.
- Asumimos actividades por fuera de nuestras líneas de acción a solicitud de Alta Dirección.
- Presupuesto que limita el cumplimiento de las actividades.

Amenazas:

- La continuidad de las actividades en riesgo por las condiciones laborales de algunos trabajadores de la Oficina Gestión de la Calidad.
- Incumplimiento de normativas y responsabilidades por diferentes áreas que pudieran generar denuncias y sanciones contra la Institución que son derivadas a la OGC.

Oportunidades:

- Aceptación en la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad (SGC) por los Departamentos asistenciales y oficinas administrativas,
- Nuevas tecnologías que facilitan la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad (SGC)
- Proyectos de mejora que puedan desarrollarse en la institución

Causas:

Los problemas que dificultan el desarrollo de actividades en la Oficina de Gestión de la Calidad son:

- Incumplimiento en las fechas establecidas del envío de información por parte de los Departamentos/Servicios y Oficinas Administrativas.
- Insuficientes herramientas tecnológicas (equipos, programas)
- Presupuesto limitado para la ejecución de las actividades de la Oficina de Gestión de la Calidad.

6.2.3. Población o entidades objetivo

El siguiente plan está dirigido al personal asistencial y administrativo del Hospital Santa Rosa, a fin de fomentar el mejoramiento continuo de la calidad en nuestra institución.

6.2.4. Alternativa de solución

- La Oficina de Gestión de la Calidad, coordinara con la Dirección General, con la finalidad de que mediante documento se comunique a los Departamentos y Servicios acerca de los plazos para la entrega de información (Indicadores, Reporte de Eventos Adversos, Auditorias, Adherencia a las Guías de Práctica Clínica, etc.)
- Solicitar a la Oficina de Estadística e Informática a fin de implementar herramientas y programas que contribuyan con el cumplimiento de las actividades, además de solicitar la renovación de los equipos de cómputo y el proyector multimedia.
- Coordinar con la Oficina de Planeamiento y la Oficina de Logística a fin de que, una vez ejecutado el presupuesto asignado para el periodo 2023, se solicite la demanda adicional.
- La Oficina de Gestión de la Calidad brindará asistencia técnica de acuerdo a las líneas de acción del Sistema de gestión de la Calidad a todos los Departamentos, Servicios y Oficinas.

6.3. Articulación Estratégica:

Las actividades del Plan anual del Gestión de la Calidad articulan con la actividad presupuestal 5000003 Gestión Administrativa, asimismo con la Categoría Presupuestal 9001 Acciones Centrales, a la mismas vez articulan con la Acción Estratégica Institucional (PEI-MINSA) Gestión orientada a resultados al servicio de la población con procesos optimizados y procedimientos administrativos simplificados y por ultimo articula con el Objetivo Estratégico Institucional (PEI-MINSA) 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.

Tabla N° 2: Articulación Estratégica de la Oficina de Gestión de la Calidad – HSR-2024

Objetivo Estratégico Institucional (PEI-MINSA)	Acción Estratégica Institucional (PEI-MINSA)	Categoría Presupuestal	Actividad Presupuestal	Actividad Operativa
<p>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</p>	<p>AEI. 04.02 Gestión orientada a resultados al servicio de la población con procesos optimizados y procedimientos administrativos simplificados.</p>	<p>9001 Acciones Centrales</p>	<p>5000003. Gestión Administrativa</p>	<p>Acciones en Jefatura</p> <p>Acciones para Acreditación Institucional</p> <p>Acciones para la Mejora Continua</p> <p>Acciones para medir la satisfacción de los usuarios externos.</p> <p>Acciones para fortalecer la seguridad de la atención en los servicios Asistenciales</p> <p>Acciones de Auditoria de la calidad de atención en salud.</p>

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

6.4. Articulación Operativa:

6.4.1. Descripción Operacional:

Los objetivos (General, Específicos) además de las actividades operativas de la Oficina de gestión de la Calidad articulan con la Categoría Presupuestal, Producto y Actividades presupuestales.

Tabla N° 3: Articulación Operativa de la Oficina de Gestión de la Calidad – HSR -2024

ARTICULACIÓN OPERATIVA									ENLACE PRESUPUESTAL		
OBJETIVO GENERAL	OBJETIVO ESPECÍFICO	ACTIVIDAD OPERATIVA	UNIDAD DE MEDIDA	META ANUAL	PROGRAMACIÓN DE METAS FÍSICAS				CATEGORÍA PRESUPUESTAL	PRODUCTO	ACTIVIDAD PRESUPUESTAL
					I TRIM	II TRIM	III TRIM	IV TRIM			
Implementar el sistema de Gestión de la Calidad en el Hospital Santa Rosa, fortaleciendo los procesos de Mejora Continua y las buenas prácticas de atención de acuerdo a las líneas de acción en calidad en todos los Departamentos, Servicios y Oficinas.	Desarrollo del monitoreo del cumplimiento de las actividades programadas en el plan	Acciones en Jefatura	Informe	13	4	3	3	3	9001 Acciones Centrales	3999999 Sin Producto	5000003. Gestión Administrativa
	Desarrollar Actividades para la Acreditación Institucional.	Acciones para Acreditación Institucional	Informe	11	3	4	3	1			
	Fortalecer los Procesos de la Mejora Continua de la Calidad.	Acciones para la Mejora Continua	Informe	21	6	5	5	5			
	Medir la Satisfacción de los usuarios externos	Acciones para medir la satisfacción de los usuarios externos.	Informe	32	10	8	7	7			
	Fortalecer la Seguridad de la Atención en los Servicios Asistenciales.	Acciones para fortalecer la seguridad de la atención en los servicios Asistenciales	Informe	70	17	19	16	18			
	Dar cumplimiento de la Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de atención en Salud en los Servicios Asistenciales.	Acciones de Auditoría de la calidad de atención en salud en los servicios Asistenciales.	Informe	64	17	15	17	15			



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

6.4.2. Desarrollo Operacional:

Tabla N° 4: “Matriz de desarrollo operacional para la intervención de la actividad operativa – OGC – HSR - 2024”

MATRIZ N° 2.1.MATRIZ DE EVALUACIÓN OPERATIVA INSTITUCIONAL - POI 2024																			
DEPENDENCIA : OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD					CENTRO DE COSTO: OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD														
OBJETIVO ESTRATÉGICO : OEI.04. FORTALECER LA RECTORIA 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																			
ACCIÓN ESTRATÉGICA : AEI. 04.02. GESTIÓN ORIENTADA A RESULTADOS AL SERVICIO DE LA POBLACIÓN; CON PROCESOS OPTIMIZADOS Y PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS SIMPLIFICADOS.																			
CAT_PRESP	META /S.F	PRODUCTO/ ACT_PRESP	CENTRO DE COSTOS	ACT_OPER	SUB_ACT-OPER	UNIDAD DE MEDIDA	META ANUAL	META FÍSICA 2024											
								ENE	FEBR	MAR	ABR	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOST	SET	OCT	NOV	DIC
								PROG.	PROG.	PROG.	PROG.	PROG.	PROG.	PROG.	PROG.	PROG.	PROG.	PROG.	PROG.
9001. ACCIONES CENTRALES																			
118	5000003. GESTIÓN ADMINISTRATIVA					129	107	118	128	106	109	134	106	108	132	105	108	131	
OFICINA DE GESTION DE LA CALIDAD																			
AOI00014500442 ACCIONES EN JEFATURA DE CALIDAD					Informe	13	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
Monitoreo mensual de las actividades de la Oficina de Calidad					Informe	12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
Elaboracion del Plan Anual de la Oficina de Gestión de la Calidad					Plan	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
AOI00014500443 ACCIONES PARA LA ACREDITACION INSTITUCIONAL					Acción	11	0	2	1	1	1	2	0	0	3	0	0	1	
Elaboración y Formulación del Plan de Acreditación					Plan	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Formalización del Comité de Acreditación					RD	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Elaboración y formalización del Plan de Autoevaluación					Plan	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	
Formalización del Comité de Autoevaluación					RD	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	
Desarrollar actividades para la Autoevaluación					Informe	7	0	0	1	1	0	1	0	0	3	0	0	1	
AOI00014500444 ACCIONES PARA LA MEJORA CONTINUA					Acción	21	1	3	2	1	1	3	2	1	2	1	1	3	
Elaboración y Formulación del Plan de Mejora Continua					Plan	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Gestionar actividades para el proceso de mejora continua de la Calidad en el Hospital Santa Rosa					Informe	2	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	
Implementación de acciones y proyectos de mejora relacionados a la problemática sanitaria					Informe	6	0	0	1	0	0	2	0	0	1	0	0	2	
Monitoreo de Indicadores de Calidad en Departamentos Servicios y Oficinas del HSR para la mejora continua					Informe	12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
AOI00014500447 ACCIONES PARA MEDIR LA SATISFACCION DE LOS USUARIOS					Acción	32	3	4	3	2	2	4	2	2	3	2	2	3	
Elaboración del Plan de Humanización					Plan	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Desarrollar Actividades para la medicion de la satisfacción del los usuarios externos					Informe	10	1	1	1	0	0	3	0	0	1	0	1	2	
Desarrollar Actividades para la medicion de los tiempos de espera					Informe	8	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	0	
Cuantificación y análisis de los reclamos y denuncias					Informe	12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
Monitoreo del cumplimiento de la Directiva de Protección de la Privacidad de los Pacientes del HSR					Informe	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	



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

MATRIZ N° 2.1.MATRIZ DE EVALUACIÓN OPERATIVA INSTITUCIONAL - POI 2024

DEPENDENCIA : OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD																CENTRO DE COSTO: OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD									
OBJETIVO ESTRATÉGICO : 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																									
ACCIÓN ESTRATÉGICA : AEI. 04.02. GESTIÓN ORIENTADA A RESULTADOS AL SERVICIO DE LA POBLACIÓN; CON PROCESOS OPTIMIZADOS Y PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS SIMPLIFICADOS.																									
ENLACE DE LA CADENA PRESUPUESTAL CON LA ACTIVIDAD OPERATIVA																									
CAT_PRESP	META /S.F	PRODUCTO/ ACT_PRESP	CENTRO DE COSTOS	ACT_OPER	SUB_ACT-OPER	UNIDAD DE MEDIDA	META ANUAL	META FÍSICA 2024																	
								ENE PROG.	FEBR PROG.	MAR PROG.	ABR PROG.	MAYO PROG.	JUNIO PROG.	JULIO PROG.	AGOST PROG.	SET PROG.	OCT PROG.	NOV PROG.	DIC PROG.						
9001. ACCIONES CENTRALES																									
118	5000003.	GESTIÓN ADMINISTRATIVA					129	107	118	128	106	109	134	106	108	132	105	108	131						
OFICINA DE GESTION DE LA CALIDAD																									
	AOI00014500445	ACCIONES PARA FORTALECER LA SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN				Acción	70	3	7	7	3	6	10	3	5	8	3	5	10						
		Elaboración del plan de seguridad de la Atención en los Servicios Asistenciales.				Plan	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0						
		Desarrollar actividades para la gestion de riesgos				Informe	4	0	1	0	0	1	0	0	2	0	0	0	0						
		Desarrollar actividades para verificación de la Seguridad de la de la cirugía				Informe	20	1	1	2	1	2	3	1	1	2	1	2	3						
		Desarrollar actividades para la correcta identificación del paciente en hospitalizado				Informe	3	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0						
		Identificación del riesgo mediante las Rondas de Seguridad del Paciente				Informe	18	1	3	1	1	1	3	1	1	1	1	1	3						
		Gestión del Sistema de Vigilancia y Respuesta frente a los Eventos Adversos				Informe	24	1	1	4	1	1	4	1	1	4	1	1	4						
	AOI00014500446	ACCIONES DE AUDITORIA DE LA CALIDAD DE ATENCION				Acción	64	0	2	15	0	0	15	0	1	16	0	0	15						
		Elaboración del plan de la Auditoria en los Servicios Asistenciales.				Plan	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0						
		Actualización del Comité de Auditoria en Salud				RD	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0						
		Capacitación en Auditoría de Calidad de la Atención en Salud				Informe	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0						
		Monitoreo de la realización de las Auditorias de la atención en salud				Informe	50	0	0	11	0	0	13	0	1	11	0	0	14						
		Evaluación de la Calidad de los Registros de Centro Quirúrgico				Informe	6	0	0	3	0	0	0	0	0	3	0	0	0						
		Monitoreo de la adherencia a las Guías de Práctica Clínica actualiz				Informe	5	0	0	1	0	0	2	0	0	1	0	0	1						
Unidad de la Plataforma de Atención al Usuario																									
	AOI00014500498	ACCIONES EN PLATAFORMA DE ATENCION AL USUARIO				Accion	1181	99	98	99	98	98	99	98	98	99	98	99	98						
		Atención de Consultas y Reclamos				Matriz de Registro	24	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2						
		Monitoreo del Libro de Reclamaciones				Hoja de Reclamación	960	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80						
		Orientación y Seguimiento de la atención al paciente				Matriz de Orientación	12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1						
		Gestión para la Absolución de Intervenciones de casos derivados por instituciones				Correos institucionales	180	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15						
		Elaboración del Plan Específico de la PAUS 2024				Plan	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0						
		Capacitación al personal administrativo y asistencial del hospital Santa Rosa				Capacitación	4	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	1	0						



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

6.4.3. Cronograma de Actividades:

Tabla N° 5: “Matriz de Programación de acciones para el desarrollo del Plan de Trabajo”.

MATRIZ N° 2.2. MATRIZ DE PROGRAMACION DE ACCIONES PARA EL DESARROLLO DEL PLAN DE TRABAJO DE LAS UNIDADES O SERVICIOS POR UNIDAD PRODUCTORA.																									
DEPENDENCIA : HOSPITAL SANTA ROSA				CENTRO DE COSTO: OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD																					
OBJETIVO ESTRATÉGICO : OBI.04. FORTALECER LA RECTORÍA Y LA GOBERNANZA SOBRE EL SISTEMA DE LA POBLACIÓN; Y LA GESTIÓN INSTITUCIONAL; PARA EL DESEMPEÑO EFICIENTE; ÉTICO E ÍNTEGRO; EN EL MARCO DE LA MODERNIZACIÓN DE LA GESTIÓN PÚBLICA																									
ACCIÓN ESTRATÉGICA : AEI. 04.02. GESTIÓN ORIENTADA A RESULTADOS AL SERVICIO DE LA POBLACIÓN; CON PROCESOS OPTIMIZADOS Y PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS SIMPLIFICADOS.																									
FORMULACIÓN DE ACTIVIDAD OPERATIVA											CRONOGRAMA DE TRABAJO 2024														
CAT_PRES P	META/S.F	ACT_PRES P	ACT_OPER	UPS/Dependencia	SUB_ACT-OPER	UNIDAD DE MEDIDA	ACCION OPERATIVA	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC						
9001.Acciones Centrales	119	5000003. GESTIÓN ADMINISTRATIVA	ACCIONES PARA LA ACREDITACION INSTITUCIONAL	OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	Elaboración del Plan de Acreditación	Plan	Formulación del Plan de Acreditación		28																
					Formalización del Comité de Acreditación	Informe	Actualización del Comité de Acreditación		28																
					Elaboración del Plan de Autoevaluación	Plan	Formulación del Plan de Autoevaluación									15									
					Formalización del Comité de Autoevaluación	RD	Actualización del Comité de Autoevaluación									15									
					Desarrollo de actividades para la Autoevaluación	Informe	Realizar el Taller de capacitación al comité de Evaluadores Internos de Autoevaluación									19-20									
							Comunicación del Inicio de la Autoevaluación															5			
Ejecución de la Autoevaluación																	25-29								
Monitoreo de los resultados de autoevaluación de los Macroprocesos										30		30			30				30						
9001.Acciones Centrales	119	5000003. GESTIÓN ADMINISTRATIVA	ACCIONES PARA LA MEJORA CONTINUA	OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	Elaboración y Formulación del Plan de Mejora Continua	Plan	Formulación del Plan de Mejora Continua		29																
					Realizar actividades para el proceso de mejora continua de la Calidad en el Hospital Santa Rosa	RD	Gestionar la oficialización de los Equipos de Mejora Continua con RD		29																
					Realizar el taller de Proyectos de Mejora Continua de la Calidad	Informe											31								
					Implementación de acciones y proyectos de mejora relacionados a la problemática sanitaria	Informe	Monitoreo del desarrollo del plan "Cero Colas"									30				30			31		
Monitoreo en la implementación de Proyectos de Mejora Continua relacionadas a la atención en salud												30							31						
Monitoreo de Indicadores de Calidad en Departamentos Servicios y Oficinas del HSR para la mejora continua	Informe	Recabar y describir los indicadores de Calidad de los Departamentos, Servicios y Oficinas del HSR para su uso en la toma decisiones		31	28	31	30	31	30	31	31	31	30	31	30	31	30	31							
9001.Acciones Centrales	119	5000003. GESTIÓN ADMINISTRATIVA	ACCIONES PARA MEDIR LA SATISFACCION DE LOS USUARIOS EXTERNOS	OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	Elaboración del Plan de Humanización	Informe	Formulación del plan de Humanización		28																
					Realizar la encuesta de satisfacción del Usuario Externo mediante la aplicación de la encuesta SERVQUAL - Modificado, en las UPSS de Emergencia.											30							31		
Realizar la encuesta de satisfacción de las Usuaris en la Atención del Parto										31			30			30				31					
Realizar la encuesta de satisfacción de los usuarios del Servicio de Recuperación del Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico																				30					
Realizar la encuesta de satisfacción de los usuarios de Admisión y Alta								28																	
Realizar la encuesta de satisfacción de los Usuarios del Departamento de Nutrición y Dietética													30												
Realizar la encuesta de satisfacción de los Usuarios del Departamento de Diagnostico por Imágenes.								31																	
9001.Acciones Centrales	119	5000003. GESTIÓN ADMINISTRATIVA	ACCIONES PARA MEDIR LA SATISFACCION DE LOS USUARIOS EXTERNOS	OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	Desarrollar Actividades para la medicion de los tiempos de espera	Informe	Medir los tiempos de espera en Consulta Externa		28																
							Medir los tiempos de espera en el Servicio de Emergencia					31													
							Medir los tiempos de espera en Farmacia				31														
							Medir los tiempos de espera en Laboratorio Central (Toma de Muestra)		31																
							Medir los tiempos de espera en el Proceso de Alta					30													
							Medir los tiempos de espera para internamiento de pacientes en los diversos servicios de Hospitalización												31						
							Medir los tiempos de espera para la entrega de resultados de exámenes auxiliares													31					
							Medir los tiempos de espera para traslado de pacientes del Servicio de Recuperación a Hospitalización																30		



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

MATRIZ N° 2.2. MATRIZ DE PROGRAMACION DE ACCIONES PARA EL DESARROLLO DEL PLAN DE TRABAJO DE LAS UNIDADES O SERVICIOS POR UNIDAD PRODUCTORA.																									
DEPENDENCIA		CENTRO DE COSTO: OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD																							
OBJETIVO ESTRATÉGICO : 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																									
ACCIÓN ESTRATÉGICA : AEI. 04.02. GESTIÓN ORIENTADA A RESULTADOS AL SERVICIO DE LA POBLACIÓN; CON PROCESOS OPTIMIZADOS Y PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS SIMPLIFICADOS.																									
FORMULACIÓN DE ACTIVIDAD OPERATIVA																									
CAT_PRES_P	META/S.F	ACT_PRES_P	ACT_OPER	UPS/Dependencia	SUB_ACT-OPER	UNIDAD DE MEDIDA	ACCIÓN OPERATIVA	CRONOGRAMA DE TRABAJO 2024																	
								ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC						
9001.Accion es Centrales	119	5000003. GESTIÓN ADMINISTRATIVA	AACCIONES PARA MEDIR LA SATISFACCION DE	OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	Cuantificación y análisis de los reclamos y denuncias	Informe	Informe del Resultado del monitoreo y seguimiento de la gestion de reclamos y denuncias		28	31	30	31	30	31	31	30	31	30	31						
9001.Accion es Centrales	119	5000003. GESTIÓN ADMINISTRATIVA	AACCIONES PARA MEDIR LA SATISFACCION DE LOS USUARIOS EXTERNOS	OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	Monitoreo del cumplimiento de la Directiva de Protección de la Privacidad de los Pacientes del HSR	Informe	Verificar en las UPSS de Emergencia, Hospitalización y Consulta Externa el cumplimiento de la Directiva											31							
9001.Accion es Centrales	119	5000003. GESTIÓN ADMINISTRATIVA	AACCIONES PARA FORTALECER LA SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN EN LOS SERVICIOS	OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	Elaboración del plan de seguridad de la Atención en los Servicios Asistenciales.	Plan	Formulación del Plan de Seguridad		28																
9001.Accion es Centrales	119	5000003. GESTIÓN ADMINISTRATIVA	AACCIONES PARA FORTALECER LA SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN EN LOS SERVICIOS	OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	Desarrollar actividades para la gestion de riesgos	RD	Designación del Equipo de Gestores de riesgo del HSR		28																
						Informe	Realizar la encuesta de Cultura de Seguridad del paciente.																		
						Informe	Capacitar a los Gestores de riesgo, internos, personal asistencial de reciente incorporación, personal de Epidemiología, y personal de la Unidad Funcional de Seguridad y Salud en el Trabajo, referente a las Rondas de Seguridad del Paciente.					30													
						Informe	Capacitar a los Gestores de riesgo, internos, personal asistencial de reciente incorporación, personal de Epidemiología, y personal de la Unidad Funcional de Seguridad y Salud en el Trabajo, referente a la Notificación de Eventos Adversos y análisis de Evento Centinela utilizando el Protocolo de Londres.										31								
						Reporte	Revisar la estructura y el contenido de las propuestas de Guías de Práctica Clínica, directivas y otros formatos de los servicios asistenciales, verificando que cumplan con lo indicado en las normas nacionales y estén basados en el conocimiento médico actualizado.					31				30					30				
9001.Accion es Centrales	119	5000003. GESTIÓN ADMINISTRATIVA	AACCIONES PARA FORTALECER LA SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN EN LOS SERVICIOS	OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	Desarrollar actividades para verificación de la Seguridad de la de la cirugía	Informe	Evaluar los registros de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía en las cirugías programadas y de emergencia.				31					30				31					
						Encuesta	Aplicar la Encuesta para evaluar la implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.																31		
						Informe	Verificar in situ la correcta aplicación de la lista de verificación de la Seguridad de la Cirugía																	30	
						Informe	Distribuir las Guías de Seguridad para pacientes con programación quirúrgica del HSR	31	28	31	30	31	30	31	31	31	30	31	30	31	30	31			
9001.Accion es Centrales	119	5000003. GESTIÓN ADMINISTRATIVA	AACCIONES PARA FORTALECER LA SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN EN LOS SERVICIOS	OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	Desarrollar actividades para la correcta identificación del paciente en hospitalizado	Informe	Distribuir en el personal asistencial recientemente incorporado el tríptico elaborado por la OGC sobre el "Uso del brazalete de identificación del paciente"													30					
						Informe	Monitorear el uso del brazalete de identificación del paciente tanto para los datos (blanco) como para alergia (rojo) y su correspondencia con los acrílicos de identificación																	30	
9001.Accion es Centrales	119	5000003. GESTIÓN ADMINISTRATIVA	AACCIONES PARA FORTALECER LA SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN EN LOS SERVICIOS	OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	Identificación del riesgo mediante las Rondas de Seguridad del Paciente	RD	Gestionar la conformación del equipo de Rondas de Seguridad mediante Resolución Directoral		28																
						RD	Gestionar la aprobación del cronograma anual de Rondas de Seguridad		28																
						Informe	Realizar Rondas de Seguridad del Paciente, según normas vigentes.	31	28	31	30	31	30	31	31	30	31	30	31	30	31				
						Informe	Consolidar las medidas de seguridad del paciente implementadas a partir de las observaciones de las rondas de seguridad en los servicios.																		31
9001.Accion es Centrales	119	5000003. GESTIÓN ADMINISTRATIVA	AACCIONES PARA FORTALECER LA SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN EN LOS SERVICIOS	OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	Gestión del Sistema de Vigilancia y Respuesta frente a los Eventos Adversos	Informe	Consolidar los informes de monitoreo de Higiene de manos en los servicios asistenciales														31				
						Reporte	Elaborar el reporte de Servicios que notifican Eventos Adversos	31	28	31	30	31	30	31	31	30	31	30	31	30	31				
						Informe	Consolidar la información remitida por parte de los Servicios con respecto a la Notificación de Eventos Adversos																		31
						Informe	Realizar trimestralmente la divulgación de alertas de seguridad basadas en los reportes de Notificación de eventos adversos.																		31
9001.Accion es Centrales	119	5000003. GESTIÓN ADMINISTRATIVA	AACCIONES PARA FORTALECER LA SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN EN LOS SERVICIOS	OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	Gestión del Sistema de Vigilancia y Respuesta frente a los Eventos Adversos	Informe	Consolidar los informes de Análisis de Evento Centinela mediante el Protocolo de Londres que se realizan en el Hospital Santa Rosa.														31				
						Informe	Realizar trimestralmente la divulgación de alertas de seguridad basadas en los reportes de Notificación de eventos adversos.																		31



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

MATRIZ N° 2.2. MATRIZ DE PROGRAMACION DE ACCIONES PARA EL DESARROLLO DEL PLAN DE TRABAJO DE LAS UNIDADES O SERVICIOS POR UNIDAD PRODUCTORA.																										
DEPENDENCIA : HOSPITAL SANTA ROSA						CENTRO DE COSTO: OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD																				
OBJETIVO ESTRATÉGICO : 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																										
ACCIÓN ESTRATÉGICA : AEI. 04.02. GESTIÓN ORIENTADA A RESULTADOS AL SERVICIO DE LA POBLACIÓN; CON PROCESOS OPTIMIZADOS Y PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS SIMPLIFICADOS.																										
FORMULACIÓN DE ACTIVIDAD OPERATIVA						CRONOGRAMA DE TRABAJO 2024																				
CAT_PRES P	META/S.F	ACT_PRES P	ACT_OPER	UPS/Dependencia	SUB_ACT-OPER	UNIDAD DE MEDIDA	ACCIÓN OPERATIVA	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC							
9001. Acciones Centrales	119	5000003. Gestión Administrativa	ACCIONES DE AUDITORIA DE LA CALIDAD DE ATENCION	OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	Elaboración del plan de la Auditoría en los Servicios Asistenciales.	Plan	Formulación del Plan de auditoría		28																	
9001. Acciones Centrales	119	5000003. Gestión Administrativa	ACCIONES DE AUDITORIA DE LA CALIDAD DE ATENCION	OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	Actualización del Comité de Auditoría	RD	Actualización de los miembros de los Comités de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud		28																	
9001. Acciones Centrales	119	5000003. Gestión Administrativa	ACCIONES DE AUDITORIA DE LA CALIDAD DE ATENCION	OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	Capacitación en Auditoría de Calidad de la Atención en Salud	Informe	Taller de Capacitación en Auditoría de Calidad de la Atención en Salud										30									
9001. Acciones Centrales	119	5000003. Gestión Administrativa	ACCIONES DE AUDITORIA DE LA CALIDAD DE ATENCION	OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	Monitoreo de la realización de las Auditorías de la atención en salud	Informe	Auditorías en salud (programadas)						30							31						
						Informe	Auditorías de Caso solicitadas					30											31			
						Informe	Auditoría de la calidad del registro (General)			31		30						30							31	
						Informe	Auditoría de historias clínicas por pares			31		30						30								31
						Informe	Auditoría del informe de Evaluación de la Calidad del Registro para cada departamento asistencial			31		30						30								31
						Informe	Evaluación del cumplimiento de las recomendaciones de los informes de Auditoría de Caso, Auditoría en Salud y de Evaluación de la Calidad del Registro.													30						31
9001. Acciones Centrales	119	5000003. Gestión Administrativa	ACCIONES DE AUDITORIA DE LA CALIDAD DE ATENCION	OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	Evaluación de la Calidad de los Registros de Centro Quirúrgico	Informe	Auditoría de la calidad de registro de los Reportes Operatorios de la historia clínica			31										30						
						Informe	Auditoría de la calidad de registro del Reporte de Anestesia de la historia clínica			31													30			
						Informe	Auditoría de la calidad de registro de los Reportes de Recuperación de la historia clínica			31														30		
9001. Acciones Centrales	119	5000003. Gestión Administrativa	ACCIONES DE AUDITORIA DE LA CALIDAD DE ATENCION	OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	Monitoreo de la adherencia a las Guías de Práctica Clínica actualizadas por parte de los Departamentos/Servicios	Reporte	Monitoreo de la elaboración / actualización de Guías de Práctica Clínica						30													
						Informe	Evaluación de la Adherencia a las Guías de Práctica Clínica por los Comités de Auditoría en los Departamentos / Servicios asistenciales.			31				30						30					31	



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

Indicadores de Calidad de La Oficina de Gestión de la Calidad:

Para el seguimiento y evaluación de sus objetivos, la Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital Santa Rosa, cuenta con los siguientes indicadores

Tabla N° 6: Indicadores de Calidad de la Oficina de Gestión de la Calidad.

OBJETIVO GENERAL	OBJETIVO ESPECIFICO	INDICADOR	FORMULA DEL CALCULO	LINEA BASE	VALOR ESPERADO	SEGUIMIENTO /EVALUACION	FUENTE	RESPONSABLE
Implementar el sistema de Gestión de la Calidad en el Hospital Santa Rosa, fortaleciendo los procesos de Mejora Continua y las buenas prácticas de atención de acuerdo a las líneas de acción en calidad en todos los Departamentos, Servicios y Oficinas.	Fortalecer la Seguridad de la Atención en los Servicios.	Porcentaje de Servicios que reportan Eventos Adversos	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de Dptos./Servicios que reportan Eventos Adversos en el mes}}{\text{N}^\circ \text{ de Dptos./Servicios que deben reportar Eventos Adversos en el mes}} \times 100$	80%	100%	Mensual	Reporte de Eventos Adverso	Oficina de Gestión de la Calidad
		Porcentaje de Aplicación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía (LVSC)	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de LVSC aplicadas en las cirugías del HSR en el mes}}{\text{N}^\circ \text{ de Cirugías realizadas en el HSR en el mes}} \times 100$	80%	100%	Trimestral	Informe de la Aplicación de la LVSC en el HSR	Oficina de Gestión de la Calidad
		Porcentaje de Rondas de seguridad realizadas (b)	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de Rondas de Seguridad programadas para el periodo evaluado}}{\text{N}^\circ \text{ de Rondas de seguridad ejecutas en el periodo evaluado}} \times 100$	100%	100%	semestral	Informe de cumplimiento de Rondas de Seguridad	Oficina de Gestión de la Calidad
	Dar cumplimiento de la Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de atención en Salud en los Servicios Asistenciales.	Porcentaje de Auditorías de Calidad de Registro con Calificación "Satisfactorio".	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de Auditorías de Registro con Calificación "Satisfactorio" en el mes}}{\text{N}^\circ \text{ de Auditorías de Registro realizadas en los Dptos. y Servicios en el mes}} \times 100$	80%	100%	Trimestral	Informe de cumplimiento	Oficina de Gestión de la Calidad
	Implementación de acciones, planes y proyectos de mejora relacionados a la problemática sanitaria	Porcentaje de proyectos de Mejora Continua aprobados con R.D.	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de proyectos de mejora aprobados con RD.}}{\text{Total, de Proyectos de Mejora Continua Formulados.}} \times 100$	0%	50%	Anual	Informe anual	Oficina de Gestión de la Calidad
		Porcentaje de acciones mejora realizadas en las UPSS	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de Acciones de Mejora s realizadas}}{\text{Total, de No conformidades identificadas en el periodo}} \times 100$	0	100%	Trimestral	Informe trimestral	Oficina de Gestión de la Calidad
	Medir la Satisfacción de los usuarios externos en el marco de la Promoción y Protección de sus Derechos.	Grado de satisfacción de usuarios en Emergencia,	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de Encuestados que refieren estar satisfechos el Serv. de Emergencia}}{\text{Total de usuarios encuestados en el Servicio de Emergencia}} \times 100$	60%	80%	Semestral	Informe semestral de la aplicación de la Encuesta de Satisfacción SERVQUAL modificada	Oficina de Gestión de la Calidad
		Grado de satisfacción de usuarios en Hospitalización	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de Encuestados que refieren estar satisfechos en el Serv. de Hospitalización}}{\text{Total de usuarios encuestados en el Servicio de hospitalización}} \times 100$	60%	80%	Semestral	Informe semestral de la aplicación de la Encuesta de Satisfacción SERVQUAL modificada	Oficina de Gestión de la Calidad
		Grado de satisfacción de usuarios en Consulta Externa.	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de Encuestados que refieren estar satisfechos en Consulta Externa}}{\text{Total de usuarios encuestados en Consulta Externa}} \times 100$	60%	80%	Semestral	Informe semestral de la aplicación de la Encuesta de Satisfacción SERVQUAL modificada	Oficina de Gestión de la Calidad



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

6.5. Presupuesto:

La Oficina de Gestión de la Calidad, para el cumplimiento de todas sus actividades de contar con el siguiente presupuesto:

Tabla N° 7: Presupuesto de la Oficina de Gestión de la Calidad – HSR - 2024.

DEPENDENCIA: HOSPITAL SANTA ROSA CENTRO DE COSTO: OFICINA DE GESTION DE LA CALIDAD						
OBJETIVO GENERAL: Implementar el sistema de Gestión de la Calidad en el Hospital Santa Rosa, fortaleciendo los procesos de Mejora Continua y las buenas prácticas de atención de acuerdo a las líneas de acción en calidad en todos los Departamentos, Servicios y Oficinas.						
CAT_PRESP	META/S.F	ACT_PRESP	ACT_OPER	FUENTE FINANCIAMIENTO	CLASIFICADOR DE GASTO	TOTAL S/.
9001 Acciones Centrales	118	5000003 Gestión Administrativa	Acciones de Jefatura	Recursos Ordinarios	2.3.1 5.1 2 Papelería en general, útiles y materiales de oficina	S/ 1,435.00
			Acciones para la Acreditación Institucional	Recursos Ordinarios	2.3.1 5.1 2 Papelería en general, útiles y materiales de oficina	S/ 824.79
			Acciones para la Mejora Continua	Recursos Ordinarios	2.3.1 5.1 2 Papelería en general, útiles y materiales de oficina	S/ 766.96
			Acciones para medir la Satisfacción de los Usuarios externos	Recursos Ordinarios	2.3.2 9.1 1 Locación de servicios realizados por personas naturales relacionadas al rol de la entidad 2.3.1 5.1 2 Papelería en general, útiles y materiales de oficina	S/ 72,686.08
			Acciones para fortalecer la Seguridad de la Atención en los Servicios	Recursos Ordinarios	2.3.1 5.1 2 Papelería en general, útiles y materiales de oficina	S/ 545.62
			Acciones de Auditoría de la Calidad de Atención	Recursos Ordinarios	2.3.2 9.1 1 Locación de servicios realizados por personas naturales relacionadas al rol de la entidad 2.3.1 5.1 2 Papelería en general, útiles y materiales de oficina	S/ 72,744.98
			TOTAL - Actividad Operativa.			
TOTAL - Actividad Presupuestal						S/ 149,003.43

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

6.6. Acciones de Monitoreo, Supervisión y Evaluación del Plan de Trabajo:

Las acciones de monitoreo, supervisión y evaluación del presente Plan, está a cargo de la Oficina de Gestión de la Calidad considerando lo siguiente:

Monitoreo: Semanal

Supervisión: Mensual

Evaluación: Semestral.

VII. Responsabilidad:

Responsable del cumplimiento del presente plan

- Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad

Responsable de la entrega de la información para el cumplimiento del presente plan

- Jefes de Departamentos y Servicios del HSR.

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

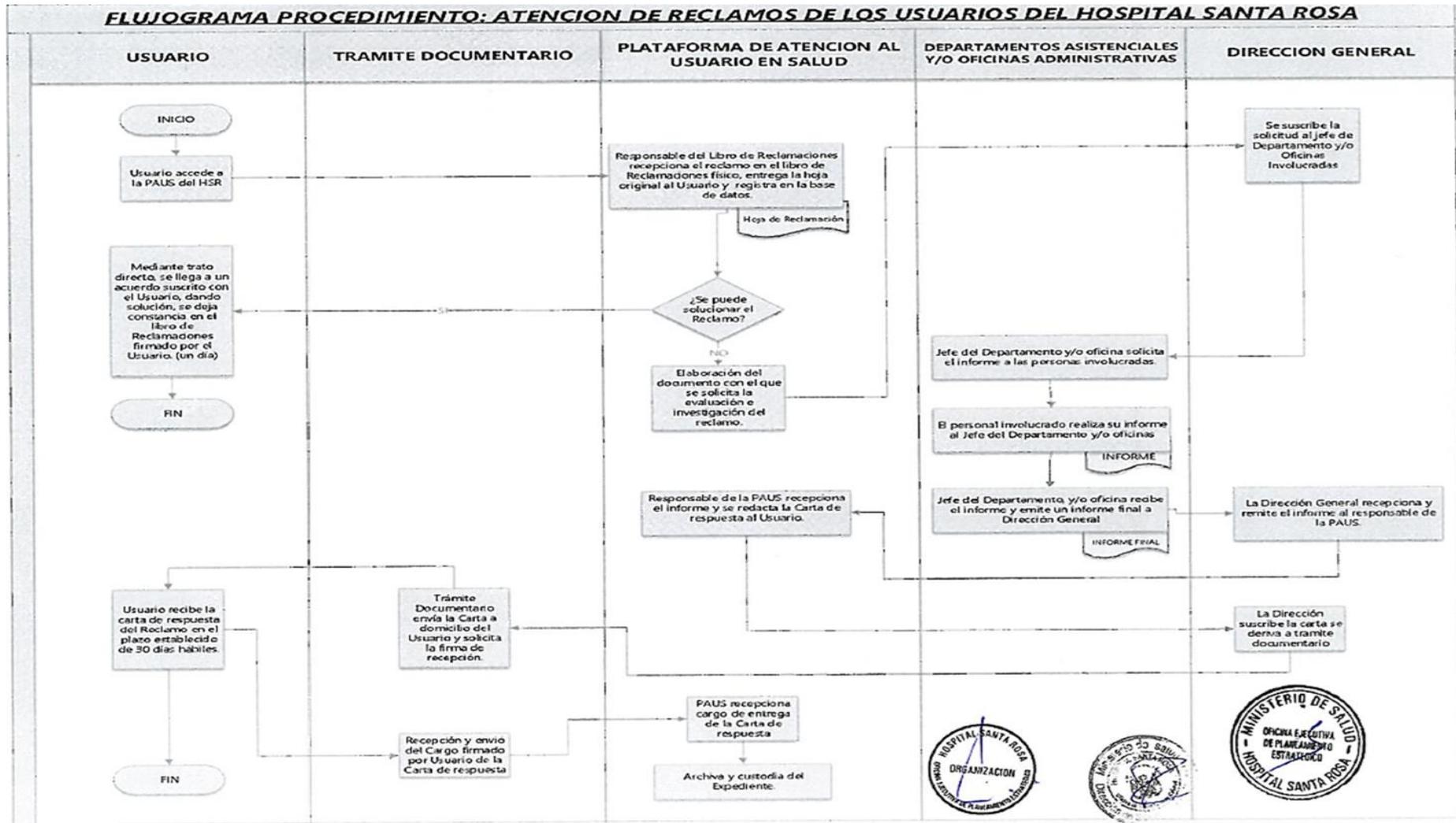
VIII. Anexos:

Anexo N° 1: Ficha de Registro de Eventos Adversos y Eventos Centinela

SERVICIO DE OCURRENCIA		FECHA DE NOTIFICACIÓN			
N° DE HISTORIA CLÍNICA		EDAD			
DIAGNÓSTICO DE INGRESO		CIE X			
SEXO		DIAS DE ESTANCIA			
ESTADO DEL EGRESO		AUDITORIA			
SANO / MEJORADO		SERA LLENADO POR JEFATURA			
CON SEQUELA		SI			
FALLECIDO		NO			
		SEVERIDAD			
		INCIDENTE (*)			
		EVENTO ADVERSO(**)			
		EVENTO CENTINELA(***)			
* Es una circunstancia que podría haber ocasionado un daño innecesario a un paciente					
** Daño involuntario al paciente por un acto de comisión o de omisión, no por la enfermedad o el trastorno de fondo del paciente					
*** Es un evento adverso que produce la muerte, lesión física/psicológica grave o la pérdida permanente e importante de una función					
DESCRIPCIÓN DEL INCIDENTE / EVENTO ADVERSO					
FECHA DEL INCIDENTE / EVENTO ADVERSO					
HORA APROX. DEL INCIDENTE / EVENTO ADVERSO					
BREVE DESCRIPCIÓN DEL INCIDENTE / EVENTO ADVERSO					
INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS		GENERALES		GINECO OBSTETRICIA	
Infecciones de sitios de cuidados sanitarios (IAAS)		Reacción anafiláctica		Desgarro perineal	
Neumonías asociadas por ventilación artificial		Reacción adversa a medicamento (RAM)		Desgarro vaginal	
Neumonías después de 3 días de hospitalización. (IAAS)		Daño por error de identificación del paciente		Desgarro cervical	
Infecciones de heridas limpias (IAAS)		Error en la medicación (prescripción, dispensación, administración)		Perforación Uterina	
Infección de sitio quirúrgico		Caída del paciente		Muerte Fetal en gestante hospitalizada / Intraparto	
Endometritis		Lesión de viscera hueca en laparoscopia		Óbito Fetal en gestante controlada	
Infección de Torrente sanguíneo		Extravasación de vía endovenosa		Histerectomía post parto/post cesárea por manejo inadecuado.	
Infección por catéter urinario		Hematomas post veno punción fallida		Rotura uterina en trabajo de parto	
CIRUGIA		Complicación por diagnóstico errado		Fractura de clavícula	
Lesión de órgano durante procedimiento quirúrgico		Daño por error de identificación del recién nacido		Otros trauma obstétricos	
Dehiscencia de anastomosis en paciente eutrófico		Fuga de Paciente		Desgarro de segmento	
Disfuncionalidad de ostomía y anastomosis		Dolor no mitigado		Muerte Materna evitable	
Demora en la atención quirúrgica		Sangrado post colocación de catéter vesical		Muestra insuficiente en PAP	
Eventración abdominal		Muerte o agravamiento por insuficiencia resolutive		Lesión vesical en cirugía Gineco obstétrica	
Consolidación ósea defectuosa por mal afrontamiento		Administración inadecuada de dieta		Fistula recto - vaginales post quirúrgica	
Embolia pulmonar post operatoria		Daño en paciente que requiere traslado no planeado a UCI		Fistula Vesico - vaginales post quirúrgica	
Trombosis venosa profunda post operatoria		Ulceras por decúbito		Dehiscencia de episiorrafia	
Error de sitio quirúrgico		Agravamiento / muerte del paciente por demora en la atención.		Ligadura de uréteres durante cirugía	
Olvido de cuerpo extraño en el curso de la intervención		Agravamiento/ muerte del paciente por demora en la referencia.		PEDIATRIA	
Hemorragia interna post quirúrgica		Daño por error en la identificación del paciente		Eritema del pañal	
Perforación de viscera hueca en abordaje con trócar		Descompensación durante traslado del paciente		Neumonía aspirativa	
Olvido de pieza quirúrgica en sitio quirúrgico		NUTRICIÓN		Punción lumbar frustra	
ONCOLOGÍA		Intoxicación alimentaria en pacientes hospitalizados		Cefalea post punción lumbar	
Extravasación de quimioterapia (generales) / Extravasación de Citostáticos		Daño por error de identificación de dieta de paciente		Retiro accidental del catéter	

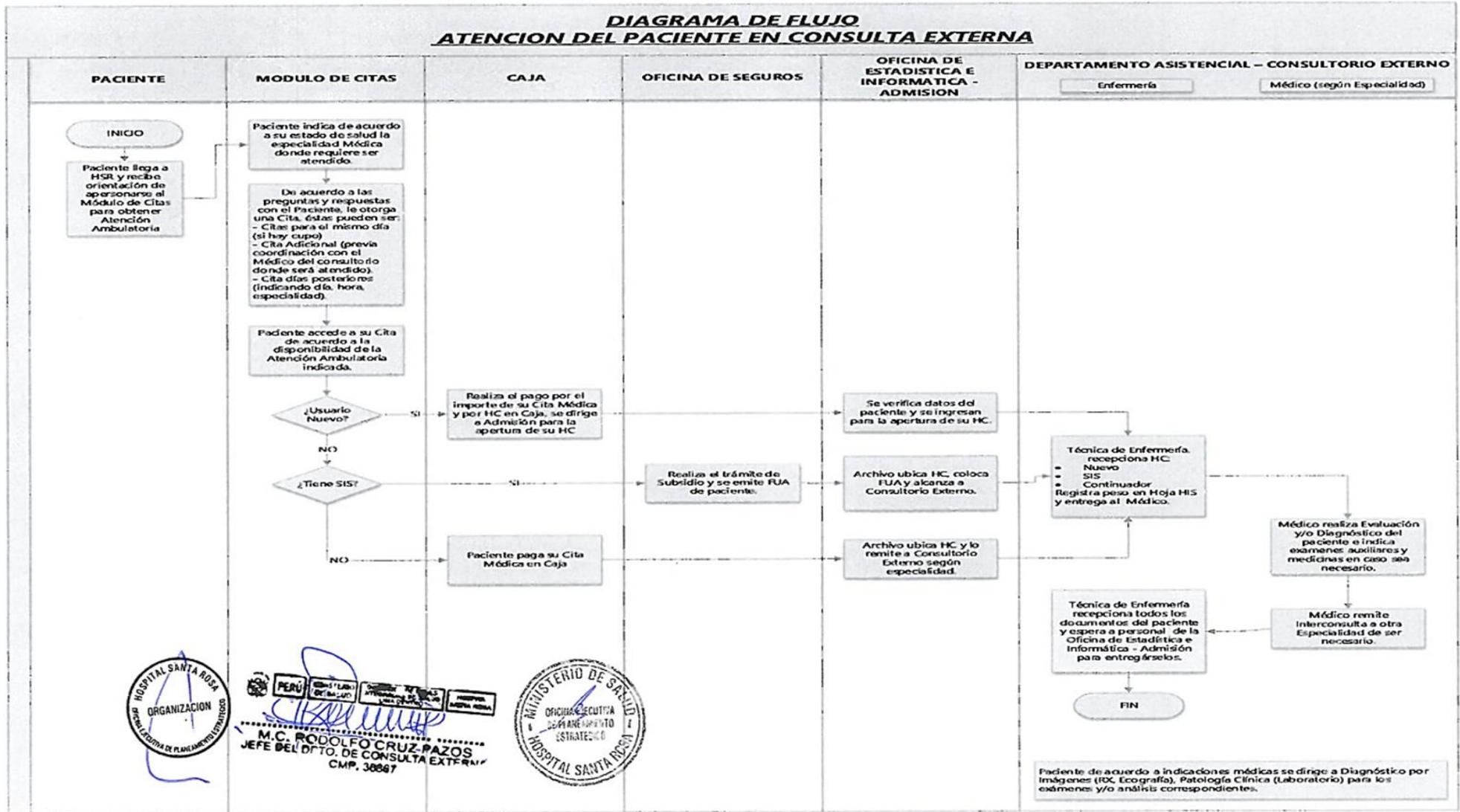
“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”

Anexo N° 2: Flujoograma Atención de Reclamo de los Usuarios del HSR.





“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”
Anexo N° 3: Flujograma Atención del Paciente en Consulta Externa del HSR.





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

Anexo N° 4: Cuadro de Necesidades de la Oficina de Gestión de la Calidad 2024 en el HSR

Sistema Integrado de Gestión Administrativa
Módulo de Logística
Versión 22.05.03

Fecha : 11/05/2023
Hora : 12:59
Página : 1 de 10

CUADRO DE NECESIDADES DE BIENES MENSUALIZADO
FASE : IDENTIFICACIÓN
Año 2024
(Soles)



UNIDAD EJECUTORA : 029 HOSPITAL DE APOYO SANTA ROSA
NRO. IDENTIFICACIÓN : 000145

CENTRO DE COSTO : 05.01 - OFICINA DE GESTION DE LA CALIDAD

Table with columns: F.F./Rubro, Meta, Act. Oper, Tipo, Uso, Clasificador de Gasto, Unidad de Uso, Cidades (Enero to Diciembre, Anual), Precio Unitario, Valor Total, Contrapartida (Valor, FF/R, %). Rows include 'RECURSOS ORDINARIOS', 'BIENES', 'ACCIONES DEL SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD', and 'PAPELERIA EN GENERAL, UTILES Y MATERIALES DE OFICINA' with detailed item specifications.



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

Sistema Integrado de Gestión Administrativa
Módulo de Logística
Versión 22.05.03

Fecha : 11/05/2023
Hora : 13:01
Página : 2 de 10

CUADRO DE NECESIDADES DE BIENES MENSUALIZADO
FASE : IDENTIFICACIÓN

UNIDAD EJECUTORA : 029 HOSPITAL DE APOYO SANTA ROSA
NRO. IDENTIFICACIÓN : 000145

Año 2024
(Soles)



CENTRO DE COSTO : 05.01 - OFICINA DE GESTION DE LA CALIDAD

F.F./Rubro	Meta	Act. Oper	Tipo	Uso	Clasificador de Gasto	Unidad de Uso	Cantidades												Precio Unitario	Valor Total	Contrapartida	
							Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Setiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre			Anual	Valor
1.00 RECURSOS ORDINARIOS																			16,621.86	00		
BIENES																			16,621.86	00		
0119 ACCIONES DEL SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD																			16,621.86	00		
C0015 - ACCIONES PARA LA ACREDITACION INSTITUCIONAL																						
Actividad Consumo																			824.70	00		
2.3.1.5.1.2 PAPELERIA EN GENERAL, UTILES Y MATERIALES DE OFICINA																			824.70	00		
716000060374						UNIDAD	5.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	1.240000	6.20	0.00	0	
716000060407						UNIDAD	5.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	2.400000	12.00	0.00	0	
716000060408						UNIDAD	5.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	3.000000	15.00	0.00	0	
716000060405						UNIDAD	5.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	1.780000	8.90	0.00	0	
715000150015						UNIDAD	2.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	2.00	2.242000	4.48	0.00	0	
317500100272						UNIDAD	1.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	1.00	15.000000	15.00	0.00	0	
715000200007						UNIDAD	2.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	2.00	1.180000	2.36	0.00	0	
710600100234						EMPAQUE	3.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	3.00	6.218600	18.66	0.00	0	
718500100014						CAJA	3.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	3.00	8.186000	24.56	0.00	0	
C0016 - ACCIONES PARA FORTALECER LA SEGURIDAD DE LA ATENCION EN LOS SERVICIOS																						
Actividad Consumo																			545.82	00		
2.3.1.5.1.2 PAPELERIA EN GENERAL, UTILES Y MATERIALES DE OFICINA																			545.82	00		
710600010012						UNIDAD	20.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	20.00	7.253400	145.07	0.00	0	
716000010208						UNIDAD	24.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	24.00	0.355180	8.52	0.00	0	
716000010209						UNIDAD	15.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	15.00	1.000000	15.00	0.00	0	
716000010187						UNIDAD	24.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	24.00	0.355180	8.52	0.00	0	
711100010028						UNIDAD	3.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	3.00	1.000000	3.00	0.00	0	
710300010053						UNIDAD	3.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	3.00	1.770000	5.31	0.00	0	

“Calidez, ciencia y experiencia a su servicio”



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

Sistema Integrado de Gestión Administrativa
Módulo de Logística
Versión 22.05.03

Fecha : 11/05/2023
Hora : 12:59
Página : 3 de 10

CUADRO DE NECESIDADES DE BIENES MENSUALIZADO
FASE : IDENTIFICACIÓN

UNIDAD EJECUTORA : 029 HOSPITAL DE APOYO SANTA ROSA
NRO. IDENTIFICACIÓN : 000145

Año 2024
(Soles)

CENTRO DE COSTO : 05.01 - OFICINA DE GESTION DE LA CALIDAD

Table with columns: F.F./Rubro, Meta, Act. Oper, Tipo, Uso, Clasificador de Gasto, Unidad de Uso, CANTIDADES (Enero to Annual), Precio Unitario, Valor Total, Contrapartida Valor, FF/R, %.

Handwritten signature



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

Sistema Integrado de Gestión Administrativa
Módulo de Logística
Versión 22.05.03

Fecha : 11/05/2023
Hora : 13:01
Página : 4 de 10

CUADRO DE NECESIDADES DE BIENES MENSUALIZADO
FASE : IDENTIFICACIÓN

UNIDAD EJECUTORA : 029 HOSPITAL DE APOYO SANTA ROSA
NRO. IDENTIFICACIÓN : 000145

Año 2024
(Soles)



CENTRO DE COSTO : 05.01 - OFICINA DE GESTION DE LA CALIDAD

F.F. / Rubro	Meta	Act. Ope	Tipo	Uso	Clasificador de Gasto	Unidad de Uso	Cantidades												Precio Unitario	Valor Total	Contrapartida	
							Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Setiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre			Anual	Valor
1-00																						
RECURSOS ORDINARIOS																						
BIENES																						
0119 ACCIONES DEL SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD																						
C0059 ACCIONES DE AUDITORIA DE LA CALIDAD DE ATENCION																						
Actividad Consumo																						
2.3.1.5.1.2 PAPELERIA EN GENERAL, UTILES Y MATERIALES DE OFICINA																						
710600010012						UNIDAD	20.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	20.00	7.253409	145.07	0.00	0	
ARCHIVADOR DE CARTON CON PALANCA LOMO ANCHO TAMAÑO OFICIO																						
716000010206						UNIDAD	24.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	24.00	0.355180	8.52	0.00	0	
BOLIGRAFO (LAPICERO) DE TINTA SECA PUNTA FINA COLOR AZUL																						
716000010209						UNIDAD	15.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	15.00	1.000000	15.00	0.00	0	
BOLIGRAFO (LAPICERO) DE TINTA SECA PUNTA FINA COLOR NEGRO																						
716000010187						UNIDAD	24.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	24.00	0.355180	8.52	0.00	0	
BOLIGRAFO (LAPICERO) DE TINTA SECA PUNTA FINA COLOR ROJO																						
710300010053						UNIDAD	3.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	3.00	1.770000	5.31	0.00	0	
CINTA ADHESIVA TRANSPARENTE 3/4 in X 72 yd																						
503300250039						UNIDAD	5.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	5.00	3.800000	19.00	0.00	0	
CINTA DE EMBALAJE 2 in X 55 yd																						
718500050001						CAJA	24.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	24.00	0.625400	15.01	0.00	0	
CLIP DE METAL CHICO N° 1 X 100																						
711100030005						UNIDAD	5.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	5.00	1.238900	6.20	0.00	0	
CORRECTOR LIQUIDO TIPO LAPICERO																						
715000110033						UNIDAD	1.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	1.00	28.262000	28.26	0.00	0	
ENGRAPADOR DE METAL DE OFICINA 26/8																						
710600050069						UNIDAD	2.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	2.00	5.330000	10.66	0.00	0	
FOLDER DE PLASTICO DOBLE TAPA DURA TAMAÑO OFICIO																						
710600040024						EMPAQUE V 24	4.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	4.00	12.300000	49.56	0.00	0	
FOLDER MANILA TAMAÑO A4																						
710600040025						EMPAQUE V 24	4.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	4.00	3.800000	15.20	0.00	0	
FOLDER MANILA TAMAÑO OFICIO																						
710600050044						UNIDAD	3.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	3.00	4.987600	14.96	0.00	0	
FORRO DE PLASTICO TRANSPARENTE TAMAÑO OFICIO X 5 m																						
710300060057						UNIDAD	3.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	3.00	2.371600	7.12	0.00	0	
GOMA EN BARRA X 40 g APROX.																						
710300060089						UNIDAD	2.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	2.00	1.876200	3.75	0.00	0	
GOMA LIQUIDA X 250 mL																						
716500080026						CAJA	5.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	5.00	2.312700	11.56	0.00	0	
GRAPA 26/8 X 5000																						
716000040069						UNIDAD	1.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	1.00	0.306800	0.31	0.00	0	
LAPIZ NEGRO N° 2 CON BORRADOR X 12																						
717200050224						EMPAQUE V 60h	20.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	20.00	13.698800	274.00	0.00	0	
PAPEL BOND 80 g TAMAÑO A4																						
716000060407						UNIDAD	5.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	5.00	2.400000	12.00	0.00	0	
PLUMON PARA PIZARRA ACRILICA PUNTA DELGADA COLOR NEGRO																						



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

Sistema Integrado de Gestión Administrativa
Módulo de Logística
Versión 22.05.03

Fecha : 11/05/2023
Hora : 12:59
Página : 5 de 10

CUADRO DE NECESIDADES DE BIENES MENSUALIZADO
FASE : IDENTIFICACIÓN
Año 2024
(Soles)

UNIDAD EJECUTORA : 029 HOSPITAL DE APOYO SANTA ROSA
NRO. IDENTIFICACIÓN : 000145

CENTRO DE COSTO : 06.01 - OFICINA DE GESTION DE LA CALIDAD



Table with columns: F.F./Rubro, Meta, Act. Ope, Tipo, Uso, Clasificador de Gasto, Unidad de Uso, CANTIDADES (Enero to Anual), Precio Unitario, Valor Total, Contrapartida (Valor, FF/R, %). Rows include items like 'PLUMON PARA PIZARRA ACRILICA PUNTA DELGADA COLOR ROJO' and 'ARCHIVADOR DE CARTON CON PALANCA LOMO ANCHO TAMAÑO OFICIO'.



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

Sistema Integrado de Gestión Administrativa
Módulo de Logística
Versión 22.05.03

Fecha : 11/06/2023
Hora : 13:01
Página : 6 de 10

CUADRO DE NECESIDADES DE BIENES MENSUALIZADO

FASE : IDENTIFICACIÓN

Año 2024

(Soles)

UNIDAD EJECUTORA : 029 HOSPITAL DE APOYO SANTA ROSA
NRO. IDENTIFICACIÓN : 000145

CENTRO DE COSTO : 05.01 - OFICINA DE GESTION DE LA CALIDAD



Table with columns: F.F./Rubro, Meta, Act. Oper, Tipo, Uso, Clasificador de Gasto, Unidad de Uso, CANTIDADES (Enero to Annual), Precio Unitario, Valor Total, Contrapartida Valor, FF/R, %. Rows include categories like BIENES, ACCIONES DEL SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD, and PAPELERIA EN GENERAL.



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

Sistema Integrado de Gestión Administrativa
Módulo de Logística
Versión 22.05.03

Fecha : 11/05/2023
Hora : 12:59
Página : 7 de 10

CUADRO DE NECESIDADES DE BIENES MENSUALIZADO
FASE : IDENTIFICACIÓN

UNIDAD EJECUTORA : 029 HOSPITAL DE APOYO SANTA ROSA
NRO. IDENTIFICACIÓN : 000145

Año 2024
(Soles)



CENTRO DE COSTO : 05.01 - OFICINA DE GESTION DE LA CALIDAD

Table with columns: F.F./Rubro, Meta, Act. Oper, Tipo, Uso, Clasificador de Gasto, Unidad de Uso, Cantidades (Enero to Diciembre, Anual), Precio Unitario, Valor Total, Contrapartida (Valor, FF/R, %). Rows include items like 'CINTA DE EMBALAJE', 'CLIP DE METAL', 'CORRECTOR LIQUIDO', etc.



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

Sistema Integrado de Gestión Administrativa
Módulo de Logística
Versión 22.05.03

Fecha : 11/05/2023
Hora : 13:01
Página : 8 de 10

CUADRO DE NECESIDADES DE BIENES MENSUALIZADO
FASE : IDENTIFICACIÓN

Año 2024
(Soles)

UNIDAD EJECUTORA : 029 HOSPITAL DE APOYO SANTA ROSA
NRO. IDENTIFICACIÓN : 000145

CENTRO DE COSTO : 05.01 - OFICINA DE GESTION DE LA CALIDAD



Table with columns: F.F./Rubro, Meta, Act. Ope, Tipo, Uso, Clasificador de Gasto, Unidad de Uso, CANTIDADES (Enero to Diciembre, Anual), Precio Unitario, Valor Total, Contrapartida (Valor, FF/R, %). Rows include categories like BIENES, ACCIONES DEL SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD, and PAPELERIA EN GENERAL.



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

Sistema Integrado de Gestión Administrativa
Módulo de Logística
Versión 22.05.03

Fecha : 11/05/2023
Hora : 12:59
Página : 9 de 10

CUADRO DE NECESIDADES DE BIENES MENSUALIZADO
FASE : IDENTIFICACIÓN

UNIDAD EJECUTORA : 029 HOSPITAL DE APOYO SANTA ROSA
NRO. IDENTIFICACIÓN : 000145

Año 2024
(Soles)



CENTRO DE COSTO : 05.01 - OFICINA DE GESTION DE LA CALIDAD

Table with columns: F.F./Rubro, Meta, Act. Op, Tipo, Uso, Clasificador de Gasto, Unidad de Uso, CANTIDADES (Enero to Diciembre, Anual), Precio Unitario, Valor Total, Contrapartida (Valor, FF/R, %). Rows include 'RECURSOS ORDINARIOS', 'BIENES', and various office supplies like 'LAPIZ NEGRO', 'MEMORIA PORTATIL USB', 'MICA PORTAPAPELES', etc.



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

Sistema Integrado de Gestión Administrativa
Módulo de Logística
Versión 22.05.03

Fecha : 11/05/2023
Hora : 13:01
Página : 10 de 10

CUADRO DE NECESIDADES DE BIENES MENSUALIZADO
FASE : IDENTIFICACIÓN

UNIDAD EJECUTORA : 029 HOSPITAL DE APOYO SANTA ROSA
NRO. IDENTIFICACIÓN : 000145

Año 2024
(Soles)



CENTRO DE COSTO : 05.01 - OFICINA DE GESTION DE LA CALIDAD

F.F. / Rubro	Meta	Act. Ope	Tipo	Uso	Clasificador de Gasto	Unidad de Uso	Cantidades												Precio Unitario	Valor Total	Contrapartida	
							Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Setiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre			Anual	Valor
1-00																		16,621.66	.00			
RECURSOS ORDINARIOS																	16,621.66	.00				
BIENES																	16,621.66	.00				
0119 ACCIONES DEL SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD																	16,621.66	.00				
00172 - ACCIONES EN JEFATURA DE CALIDAD																	13,953.20	.00				
Actividad Consumo																						
2.3.1.8.2.1 MATERIAL, INSUMOS, INSTRUMENTAL Y ACCESORIOS MEDICOS, QUIRURGICOS, ODONTOLOGICOS Y DE LABORATORIO																	445.00	.00				
495700160012						UNIDAD	500.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.890000	445.00	0.00	0	
BRAZALETE DE IDENTIFICACION ADULTO COLOR ROJO																						
2.6.3.2.3.3 EQUIPOS DE TELECOMUNICACIONES																	2,772.42	.00				
952278340001						UNIDAD	1.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	1.00	2,772.420000	2,772.42	0.00	0	
SISTEMA DE PROYECCION MULTIMEDIA - PROYECTOR MULTIMEDIA																						
2.6.3.2.9.1 AIRE ACONDICIONADO Y REFRIGERACION																	8,400.00	.00				
112238140056						UNIDAD	1.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	1.00	8,400.000000	8,400.00	0.00	0	
EQUIPO PARA AIRE ACONDICIONADO TIPO DOMESTICO DE 36000 BTU TIPO SPLIT																						
Total																		16,621.66				



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

Sistema Integrado de Gestión Administrativa
Módulo de Logística
Versión 22.05.03

Fecha : 11/05/2023
Hora : 13:04
Página : 1 de 1

CUADRO DE NECESIDADES DE SERVICIOS MENSUALIZADO
FASE : IDENTIFICACIÓN

UNIDAD EJECUTORA : 029 HOSPITAL DE APOYO SANTA ROSA
NRO. IDENTIFICACIÓN : 000145

Año 2024
(Soles)

CENTRO DE COSTO : 05.01 - OFICINA DE GESTION DE LA CALIDAD

Table with columns: F.F./Rubro, Meta, Tarea, Tipo, Uso, Clasificador de Gasto, Unidad de Uso, and monthly values from Enero to Diciembre, plus Anual, Valor Total, and Contrapartida.



IX. Bibliografía:

1. Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, que aprueba NTS N° 050-MINSA/DGSP V.02: "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".
2. Resolución Ministerial N° 270-2009/MINSA, que aprueba la "Guía del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".
3. Resolución Ministerial N° 502-2016/MINSA que aprueba la NTS N° 029-MINSA/DIGEPRES-V.02, "Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud". 15 de Julio del 2016
4. Jiménez Paneque Rosa E. Indicadores de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios: Una mirada actual. Rev. Cubana Salud Pública [Internet]. 2004 Mar [citado 2022 Feb 07]; 30(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000100004&lng=es.
5. Resolución Ministerial N° 095-2012/MINSA, que aprueba Guía Técnica "Guía para la Elaboración de Proyectos de Mejora y la Aplicación de Técnicas y Herramientas para la Gestión de la Calidad".
6. Resolución Ministerial N° 596-2007/MINSA que aprueba el "Plan Nacional de Gestión de la Calidad en Salud".
7. Resolución Ministerial N° 163-2020/MINSA que aprueba la Directiva Sanitaria N° 92-MINSA/2020/DGAIN: "Directiva Sanitaria de Rondas de Seguridad del Paciente para la gestión del riesgo en la atención de salud".
8. Resolución Ministerial 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.
9. Resolución Ministerial N° 163-2020/MINSA que aprueba la Directiva Sanitaria N° 92-MINSA/2020/DGAIN: "Directiva Sanitaria de Rondas de Seguridad del Paciente para la gestión del riesgo en la atención de salud"
10. Resolución Jefatural N° 631-2016-IGSS que aprueba la Norma Sanitaria N° 005-IGSS/V.1: "Sistema de Registro y Notificación de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinelas".
11. Donabedian, A. (1980). The definition of quality and approaches to its assessment. USA: Health Administration Press

