



HOSPITAL EMERGENCIAS JOSÉ CASIMIRO ULLOA

**Documento Técnico “Plan de Gestión de la Calidad del
Hospital Emergencias José Casimiro Ulloa”**

UNIDAD ORGÁNICA	RESPONSABLE	VºBº
Propuesto por	Dra. Maybbe Cleofe Mendoza Fernández Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad	
Cargo		
Fecha		
Revisado por	Dra. Karina Arali Vidalón López Directora Ejecutiva de Planeamiento y Presupuesto	
Cargo Fecha		
Aprobado por:	Dr. Alberto Gonzales Guzmán	
Cargo Fecha	Director General del Hospital de Emergencias “José Casimiro Ulloa”	

INDICE:

I.	INTRODUCCIÓN	3
II.	FINALIDAD	3
III.	OBJETIVOS	3
IV.	ÁMBITO DE APLICACIÓN.	4
V.	BASE LEGAL	4
VI.	CONTENIDO:	6
6.1.	Aspectos Técnicos Conceptuales (Definiciones Operativas):.....	6
6.2.	Análisis de la situación actual del aspecto sanitario o administrativo.....	8
6.2.2	Causas del Problemas.....	14
6.3.	ARTICULACIÓN ESTRATÉGICA CON LOS OBJETIVOS Y ACCIONES DEL PEI.	15
	ARTICULACIÓN ESTRATÉGICA CON LOS OBJETIVOS Y ACCIONES DEL POI.	15
6.4.	ACTIVIDADES POR OBJETIVOS	16
6.4.1.	Descripción operativa: Unidad de medida, metas y responsables.....	16
6.6	Presupuesto y financiamiento	22
6.7	Cronograma (Ver anexo adjunto)	22
6.8	Acciones de Monitoreo, Supervisión y Evaluación del Plan	22
	Anexo N°1: Cronograma de actividades	23
IX	BIBLIOGRAFIA	38



I. INTRODUCCIÓN

El sistema de Gestión de la Calidad en Salud se define como el conjunto de elementos interrelacionados que ayudan a conducir, regular, brindar asistencia técnica y evaluar a los establecimientos de salud; en relación con la calidad de atención y gestión.

La gestión de la calidad en los establecimientos de salud debe aplicar la normativa vigente en relación con la política de calidad establecida por el Ministerio de Salud (MINSA). El Ministerio de Salud como ente rector busca como objetivo un Sistema Nacional de Salud moderno, eficiente, efectivo y basado en el trato humano de los usuarios en salud. Por lo que surge la necesidad de establecer estrategias para desarrollar la calidad de los servicios de salud.

La Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Centro está resuelta a implementar en conjunto con los establecimientos de salud, acciones necesarias para mejorar los servicios de salud de la población, en especial de la población más vulnerable, con el compromiso de algún día obtener un sistema de salud con equidad, eficacia, eficiencia y calidad.

El Hospital de Emergencia José Casimiro Ulloa como establecimiento de tercer nivel especializado, se ha propuesto para el presente año, desarrollar un sistema de gestión de la calidad en salud centrada en el usuario en salud.

El presente documento tiene como propósito establecer las actividades según los criterios de programación establecidos para el año 2024 por la Unidad Funcional de Gestión de la Calidad del Viceministerio de Prestaciones y Aseguramiento en salud – MINSA, para las instituciones prestadoras de Servicios de salud.



II. FINALIDAD

Contribuir a fortalecer los procesos de atención en los servicios de salud para brindar calidad de atención en función a las oportunidades de mejora y generando satisfacción en los usuarios del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa.



III. OBJETIVOS

3.1. Objetivo General

Implementar los criterios de programación 2024 establecidos por la Unidad Funcional de Gestión de la Calidad para el año 2024, poniendo énfasis en una atención de calidad centrada en el usuario en salud.

3.2. Objetivos Específicos

OE1. Fortalecer el Sistema de Gestión de Calidad en Salud en el HEJCU a través del Plan de Gestión de la Calidad 2024.

OE2. Promover seguridad del paciente, a través del fortalecimiento de las Rondas de Seguridad, del Sistema de Registro, Notificación y Análisis de los Eventos Adversos, implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía y seguimiento del proceso de higiene de manos en el establecimiento de salud.

OE3. Implementar el Plan de Auditoría de la Calidad en Salud para el fortalecimiento de las buenas prácticas clínica y optimizar el impacto de la auditoría en la calidad de atención.

OE4: Promover y promocionar la cultura de la Mejora Continua, a través de la implementación de acciones y proyectos de mejora continua

OE5: Planificar y ejecutar la Autoevaluación para la acreditación hospitalaria.

OE6. Fortalecer el componente de información para la calidad a través de la aplicación de encuestas de satisfacción del usuario y atención de reclamos.

IV. ÁMBITO DE APLICACIÓN.



El Plan de Gestión de la Calidad 2024 es de conocimiento, aplicación y cumplimiento obligatorio en todos los servicios asistenciales y administrativos del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa.

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.
- RM N° 1263-2004/MINSA, Directiva N°047-2004-DGSP/MINSA-V01 "Lineamientos para la Organización y Funcionamiento de la Estructura de Calidad en los Hospitales del Ministerio de Salud"
- RM N° 041-2005/MINSA, Directiva N°049-MINSA/DGSP-V.01: "Directiva para el Funcionamiento del Equipo de Gestión de Calidad en las Direcciones de Salud"
- RM N° 519-2006/MINSA, Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud"
- RM N° 456-2007/MINSA, NTS N° 050-MINSA/DGSP-V.02 "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo"
- RM N° 596-2007/MINSA, "Plan Nacional de Gestión de la Calidad en Salud"



- RM N° 601-2007/MINSA, "Plan de implementación de la Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de atención en Salud". NT N° 029-MINSA/DGSP-V.01
- RM N° 270-2009/MINSA, "Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo"
- RM N° 370-2009/MINSA, "Directiva Administrativa que regula la organización y funcionamiento de las Comisiones Sectoriales de Acreditación de Servicios de Salud"
- RM N° 727-2009/MINSA, Documento Técnico "Política Nacional de Calidad en Salud"
- RM N° 308-2010/MINSA, Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía
- RM N° 1021-2010/MINSA, Guía Técnica de Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía"
- RM N° 468-2011/MINSA, Documento Técnico: Metodología para el Estudio del Clima Organizacional -V.02
- RM N° 527-2011/MINSA, "Guía Técnica para la Evaluación de la Satisfacción del Usuario Externo en los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo"
- RM N° 095-2012/MINSA, Guía Técnica "Guía para la Elaboración de Proyectos de Mejora y la Aplicación de Técnicas y Herramientas para la Gestión de la Calidad"
- RM N° 491-2012/MINSA, Incorporar el Anexo 4. "Listado de estándares de Acreditación para Establecimientos de Salud con categoría III-2", a la NTS N°050-MINSA/DGSP V.02 "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo", aprobada con RM N°456-2007/MINSA
- RM N° 168-2015/MINSA, Documento Técnico: "Lineamientos para la Vigilancia, Prevención y Control de las Infecciones asociadas a la atención de Salud"
- RM N° 302-2015/MINSA, NTS N°117-MINSA/DGSP-V.01 Norma Técnica de Salud para la Elaboración y uso de Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud
- RM N° 414-2015/MINSA, Documento Técnico: Metodología para la elaboración de Guías de Práctica Clínica
- RM N° 626-2015/MINSA, Documento Técnico: Manual de Buenas Prácticas para la Mejora del Clima Organizacional



- RM N° 255-2016/MINSA, Guía Técnica para la implementación del Proceso de Higiene de Manos en los Establecimientos de Salud
- RM N° 502-2016/MINSA, NTS 029-MINSA/DIGEPRES. V.2 Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud
- RM N° 896-2017/MINSA, Crea la Unidad Funcional de Gestión de la Calidad en Salud
- RM N° 945-2017/MINSA, modifica el artículo 1 de la RM N°896-2017/MINSA, estableciendo que la Unidad Funcional de Gestión de la Calidad en Salud depende del Viceministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud
- RM N° 163-2020-MINSA, 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”
- RM N° 826-2021/MINSA, que aprueba las normas para la elaboración de documentos normativos del Ministerio de Salud
- RD N° 082-2022-DG-HEJCU; Directiva administrativa, para la formulación, seguimiento y evaluación de los planes específicos del Hospital de Emergencias “José Casimiro Ulloa”.



VI. CONTENIDO:

6.1. Aspectos Técnicos Conceptuales (Definiciones Operativas):

- **Calidad:** Es la atención médica que consiste en la aplicación de la ciencia y la tecnología médica en una forma que maximice sus beneficios para la salud, sin aumentar en forma proporcional sus riesgos. El grado de calidad es, por consiguiente, la medida en la que se genera la atención suministrada logre el equilibrio más favorable de riesgos y beneficios para el usuario.
- **Sistema de Gestión de la Calidad:** Conjunto de elementos interrelacionados que contribuyen a conducir a conducir, regular, brindar asistencia técnica y evaluar las actividades de salud del Sector y sus dependencias públicas de los tres niveles en lo relativo a la calidad de la atención y de la gestión. Este Sistema incluye los componentes Planificación, Garantía y Mejora e Información para la calidad dentro de las IPRESS, en la perspectiva de diseñar, gestionar mejorar los procesos institucionales hacia una cultura de calidad
- **Criterios de Programación:** Son las condiciones que deben cumplir las determinadas actividades, actuaciones o procesos para ser consideradas de calidad. ¿Es decir que perseguimos?, ¿cuál es el objetivo?, que



pretendemos?, teniendo en cuenta aquellas características que mejor representan (siempre que pueden medirse) lo que deseamos lograr. Debe ser elaborado en forma participativa, fácilmente cuantificable

- **Indicador:** Es la medida cuantitativa que puede usarse como guía para controlar y valorar la calidad de las diferentes actividades, es decir, es la forma particular (normalmente numérica) en la que se mide o evalúa cada uno de los criterios
- **Planificación:** Los esfuerzos que se realizan a fin de cumplir objetivos y hacer realidad diversos propósitos se enmarcan en una planificación
- **Lista de verificación de seguridad en la cirugía:** Es un recordatorio prospectivo que contribuyen a mejorar el cumplimiento de las prácticas; su valor radica en la aplicación oportuna, tiene impacto sobre la reducción de los eventos adversos probables que puedan ser causados en un acto quirúrgico
- **Notificación de incidentes, eventos adversos y eventos centinelas:** Estrategia que permite la recolección de datos sobre eventos adversos producidos en el ámbito sanitario, a partir de los cuales se puede mejorar la seguridad de los pacientes.
- **Auditoria:** Es un proceso de evaluación sistemática de la calidad y la gestión de recursos en la atención en salud, con el fin de identificar deficiencias y producir mejoras para el beneficio de la población. La auditoría basada en evidencias utiliza como herramientas la bioestadística y la epidemiología
- **Higiene de manos:** Es el conjunto de métodos y técnicas que remueven, destruyen y reducen el número y la proliferación de los microorganismos en las manos
- **Mejora continua:** Es un enfoque para la mejora de procesos operativos que se basa en la necesidad de revisar continuamente las operaciones de los problemas, la reducción de costos oportunidad, la racionalización, y otros factores que en conjunto permiten la optimización.
- **Autoevaluación:** Fase inicial obligatoria de evaluación del proceso de acreditación, en la cual los establecimientos de salud que cuentan con un equipo institucional de evaluadores internos previamente formados hacen uso del Listado de Estándares de Acreditación y realizan una evaluación interna para determinar su nivel de cumplimiento e identificar sus fortalezas y áreas susceptibles de mejoramiento.
- **Rondas de seguridad:** Es una herramienta de Calidad que permite evaluar las buenas prácticas de la atención en salud, recomendada para fortalecer la



cultura de seguridad en el paciente, consiste en una visita programada a un servicio seleccionado al azar en una determinada IPRESS, para identificar prácticas inseguras durante la atención la atención y establecer contacto directo con el paciente, la familia y el 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 con los servicios que esta le ofrece.

6.2. Análisis de la situación actual del aspecto sanitario o administrativo.

La Oficina de Gestión de la Calidad es la unidad orgánica encargada del asesoramiento e implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en el hospital con la finalidad de mejorar la calidad de atención, con la participación del personal directivo, asistencial, técnica y administrativa. Depende del Órgano de Dirección.

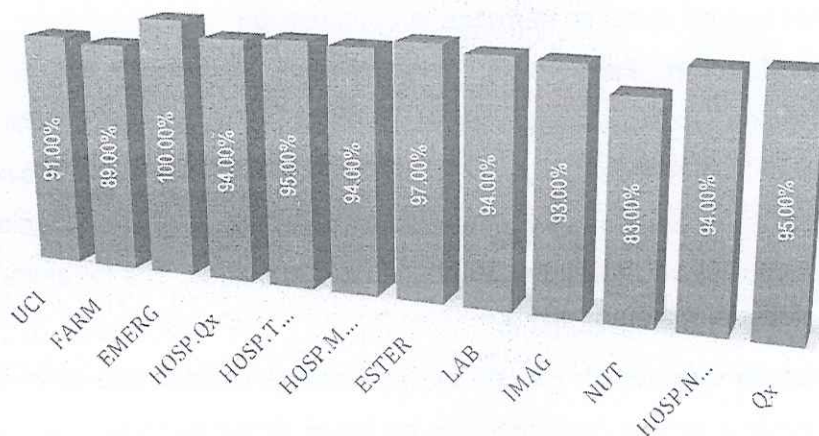
6.2.1. Identificación de la Situación Problemática

a) Riesgo de atención de pacientes

Durante el año 2023, se ejecutaron rondas de seguridad cumpliendo el cronograma aprobado mediante Resolución Directoral N°040-2023-DG-HEJCU del 27FEB23, seleccionando servicios a supervisar mediante sorteo, cuyos resultados se muestran a continuación:

FECHA	UPSS SUPERVISADA SEGÚN SORTEO	% DE CUMPLIMIENTO DE BUENAS PRACTICAS	VALORACIÓN DE RIESGO
-------	-------------------------------	---------------------------------------	----------------------

% CUMPLIMIENTO DE BUENAS PRACTICAS



31/01/2023	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	91%	Riesgo moderado
23/02/2023	FARMACIA	89%	Riesgo moderado
28/03/2023	EMERGENCIA	100%	No se evidencia Riesgo
27/04/2023	HOSPITALIZACION DE CIRUGÍA	94%	Riesgo moderado
30/05/2023	HOSPITALIZACION DE TRAUMATOLOGÍA	95%	Riesgo moderado
27/06/2023	HOSPITALIZACION DE MEDICINA	94%	Riesgo moderado
27/07/2023	CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN	97%	Riesgo bajo
29/08/2023	PATOLOGIA CLINICA	94%	Riesgo moderado
28/09/2023	DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES	93%	Riesgo moderado
31/10/2023	NUTRICIÓN	83%	Riesgo importante
30/11/2023	HOSPITALIZACION DE NEUROCIRUCIA	94%	Riesgo moderado
28/12/2023	CENTRO QUIRURGICO	95%	Riesgo bajo

Salvo el servicio de emergencia, los demás requieren continuidad en la supervisión con la finalidad de incrementar el indicador de resultado como medición del avance en la mejora de prestación de servicios de salud.

De los doce servicios evaluados, ocho (08) de ellos son valorados como riesgo moderado, dos (02) con bajo riesgo, y uno (01) con riesgo importante, identificado específicamente en el departamento de nutrición.

Los resultados obtenidos durante el año 2023, no se constituyen en limitantes para evaluar cualquier servicio en particular luego de cumplir con los exigidos para el presente año: **EMERGENCIA, UCI Y CIRUGÍA.**

b) Autoevaluación

Aplicado el proceso de autoevaluación del año 2023 referido a veinte y dos (22) macroprocesos y 342 actividades, se obtuvieron los resultados por categoría se muestran a continuación:



RESULTADO OPTIMO: referido a macroprocesos con porcentaje de evaluación del

Gestión de la calidad	100.00%
Manejo del riesgo de atención	100.00%
Gestión de seguridad ante desastres	100.00%
Atención de emergencias	100.00%
Atención quirúrgica	100.00%
Docencia e Investigación	100.00%
Referencia y contrarreferencia	100.00%
Gestión de medicamentos	100.00%
Gestión de la información	100.00%
Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización	100.00%
Manejo del riesgo social	100.00%
Nutrición y dietética	100.00%
Gestión de insumos y materiales	100.00%

100%.

RESULTADO EFICIENTE: macroprocesos con resultados de evaluación entre 90 y 99.9%



Apoyo diagnóstico y terapéutico	90.91%
---------------------------------	--------

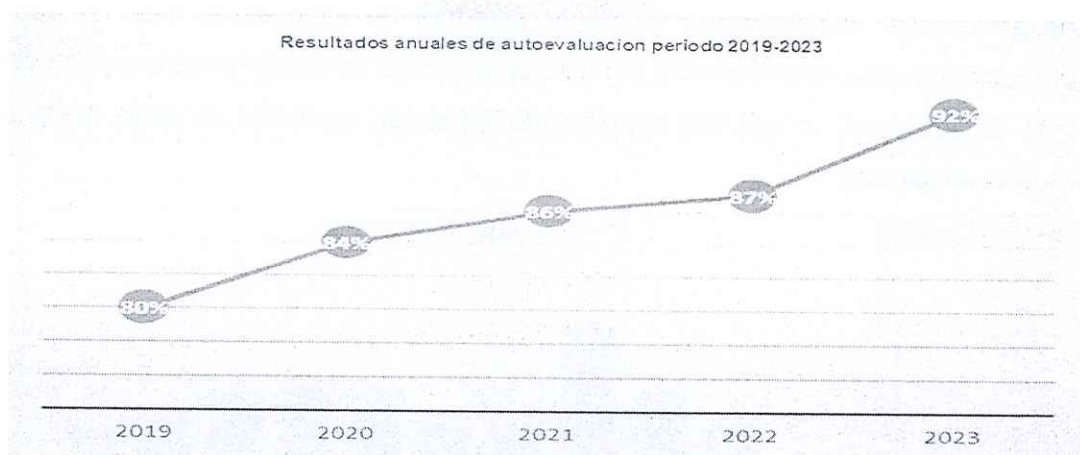
RESULTADO ADECUADO: macroprocesos con resultados entre 85% y 90%, los cuales requieren estrategias para mejorar nivel de calificación

Gestión de recursos humanos	88.24%
Control de la gestión y prestación	86.54%
Atención de hospitalización	89.81%

RESULTADO NO ADECUADOS: macroprocesos cuyo resultado es menor al 85% y requieren intervención directa para mejorar resultados.

Direccionamiento	82.35%
Atención ambulatoria	80.00%
Admisión y alta	60.00%
Gestión de equipos e infraestructura	67.65%





Pese a ello, el indicador final obtenido fue de 92.61%, y conforme se evidencia con indicadores de resultados de autoevaluación de los ultimo cinco años, periodo 2019-2023, se muestra tendencia de crecimiento con pendiente positiva producto del esfuerzo institucional por maximizar gestión de calidad, cuya sostenibilidad dependerá del fortalecimiento del proceso e intervención en los servicios que aun registran indicadores por debajo de lo esperado.



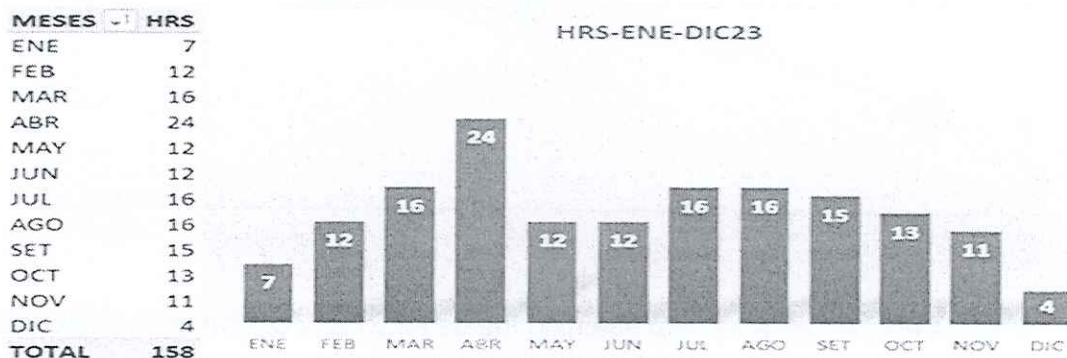
c) Atención de quejas y reclamos

La atención de reclamos y denuncias se sujeta a lo dispuesto en el Decreto supremo N°002-2019-SA, normándose aspectos sobre el funcionamiento de la PLATAFORMA DE ATENCION AL USUARIO y RESPONSABLE DEL LIBRO DE RECLAMACIONES estableciéndose los procedimientos para atención de los mismos mediante la HOJA DE RECLAMOS EN SALUD, la cual solo debe ser utilizada para plantear aspectos relacionados con las prestaciones de salud.



La norma establece el funcionamiento de la PAUS en el mismo horario de atención del establecimiento porque para el caso de nuestra institución esta debe funcionar de manera permanente.

Durante el año 2023 se han procesado ciento cincuenta y ocho (158) hojas de reclamaciones, registrándose la mayor cantidad de ellas en el mes de abril, implementándose estrategias de contención y manejo de desistimientos a partir del mes de setiembre, lo que han evidenciado reducción sostenida de estos hasta el mes de diciembre.



Así mismo, la métrica de resultados identifica que el 77,85% de reclamos se concentró en el servicio de emergencia



CODIGO RECLAMO	↓	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC	TOTAL
1112 Negar atención de emergencia		1	7	4	2	2	3	4	3	6	4	1	1	38
1304 mala atención médica			2	2	11	6	5	2	2	3	1	1		35
1302 No recibí trato amable personal de salud		1	1	6	2	2	2	6	5	2	3			30
2001 Otro reclamo no identificado				1	1					1	3	5	2	13
1203 Información insatisfactoria		3		1	2			1				2		9
1303 No recibí trato amable personal administrativo			1	1	1			1	4					8
1201 No me dieron información clara			1		1			1					1	4
1109 Demora en atención de emergencia						1	1				1			3
1111 Demora en programación de cirugía					3									3
1117 Demora en toma o entrega de resultado				1			1	1						3
1102 insatisfacción con medicamentos entregados									1		1			2
1103 Compra de medicamentos						1				1				2
1118 Me cobraron o hicieron pagar		1								1				2
1310 trato impropio										1				1
1105 Negativa a realizar procedimiento médico					1									1
1501 acceso a HC y otros registros clínicos		1												1
1115 Deficiente infraestructura, aseo, mantenimiento												1		1
1305 trato discriminatorio												1		1
1121 Reprogramación de cirugía									1					1
TOTAL		7	12	16	24	12	12	16	16	15	13	11	4	158

AREA	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC	TOTAL
02 Hospitalización	4	2	1	5	2	3	2			3			22
03 Emergencia	2	10	13	16	9	9	12	15	15	8	11	3	123
06 UCI/UCIN			1					1					2
07 Farmacia	1		1										2
08 Servicios médicos apoyo				2	1		1			2			5
11 Areas administrativas				1			1					1	3
TOTAL	7	12	16	24	12	12	16	16	15	13	11	4	158

Así mismo, según la codificación para identificar causas del reclamo se determina que el 24.05% se concentró en el código 1112 NEGAR ATENCIÓN DE EMERGENCIA; el 22.15% en el código 1304 MALA ATENCIÓN MEDICA. El 18.99% en el código 1302 NO RECIBI TRATO AMABLE PERSONAL DE SALUD. De otro lado, el 84.81% de ellos fueron declarados infundados.

RESULTADO	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC	TOTAL
3 Infundado	7	11	16	22	8	9	14	15	13	9	7	3	134
4 Improcedente				1	2	1		1	2	3	2	1	13
5 Concluido anticipadamente					1	1	1			1	2		6
1 Fundado		1		1	1	1	1						5
TOTAL	7	12	16	24	12	12	16	16	15	13	11	4	158

Considerando que durante el año 2023 se han atendido 84,412 pacientes y se procesaron 158 hojas de reclamo en salud, se determina una tasa de incidencia del 0.19%

VARIABLES	VALORES
ATENDIDOS	84,412
RECLAMOS	158
INDICADOR	0.19%

d) Auditoria de la calidad de atención en salud

Es uno de los mecanismos e instrumentos utilizados para evaluar directamente atención que se brinda a cada usuario desde la perspectiva de calidad.

TABLA 01 : CANTIDAD DE HISTORIAS AUDITADAS 2023

UPSS	I	II	III	IV	TOTAL	%
Neurocirugía	4	20	15	5	44	20.37%
Cirugía	6	30	11	13	60	27.78%
Medicina	3	31	19	5	58	26.85%
Traumatología	7	30	15	2	54	25.00%
TOTAL	20	111	60	25	216	100.00%

En ese marco, durante el año 2023, se han evaluado doscientas diez y seis (216) historias clínicas correspondientes a las UPSS que se indican en Tabla 02, la que

además contiene información cuantitativa de historias clínicas auditadas por trimestre.

El análisis de resultados durante determinó que aún se tienen indicadores de incumplimiento que deben abordarse a fin de mejorar el registro de información en las historias clínicas, tal como se evidencia en la TABLA 02 debiendo resaltar como uno de los atributos negativos de mayor significancia el USO DE REGISTRO CIE X, letra legible y plan de trabajo.

TABLA 02: IDENTIFICACION DE CRITERIOS Y % CUMPLIMIENTO

Criterio	% Cumpli miento	% incumpli miento
Filiación	91%	9%
Anamnesis	90%	10%
Funciones Vitales, Examen Físico, Glasgow, Ex.	83%	17%
Examen Clínico, Ex. Regional	89%	11%
Diagnostico Presuntivo	86%	14%
Uso del CIE X	57%	43%
Plan de trabajo	78%	22%
Pulcritud	82%	18%
Letra legible	65%	35%
Firma, sello y CMP Médico	88%	12%

6.2.2 Causas del Problemas

a) Riesgos de atención del paciente.

Los resultados se encuentran asociados a rotación y disponibilidad de personal, uso eficiente de recursos, socialización del conocimiento, operatividad de equipos, infraestructura, seguimiento y ejecución de requerimientos, disponibilidad presupuestal, los cuales tiene implicancia transversal en los resultados indicados.

b) Autoevaluación

Resultados relacionados con limitada participación directa de los actores involucrados en la solución de limitaciones de atención en los servicios, atención de requerimientos y financiamiento presupuestal.

c) Atención de denuncias y reclamos

Percepción del paciente o tercero legitimado respecto a deficiencias en la atención asociada en la mayoría de casos a desconocimiento de atención de emergencia por prioridades y en otros por inadecuada comunicación con el paciente.

d) Auditoria de la calidad de atención

Asociada al incompleto o indebido registro de información de la salud del paciente de parte de profesionales de la salud relacionado con oportunidad, desconocimiento o incumplimiento de las disposiciones sobre el manejo de registro en la historia clínica.



6.3. ARTICULACIÓN ESTRATÉGICA CON LOS OBJETIVOS Y ACCIONES DEL PEI.

ARTICULACIÓN ESTRATÉGICA CON LOS OBJETIVOS Y ACCIONES DEL POI.

OBJETIVO PEI	OBJETIVOS POI	OBJETIVOS ESPECÍFICOS DEL PLAN DE CALIDAD
OE2: Garantizar el acceso a cuidados y servicios de salud de calidad organizados en redes integradas de salud, centrada en la persona, familia y comunidad con énfasis en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad	Atención de urgencias y emergencias médicas eficientes y oportunas Gestión orientada a resultados al servicio de la población con procesos optimizados y procedimientos administrativos simplificados	OE1. Fortalecer el Sistema de Gestión de Calidad en Salud en el HEJCU a través del Plan de Gestión de la Calidad 2024. OE2.Promover seguridad del paciente, a través del fortalecimiento de las Rondas de Seguridad, del Sistema de Registro, Notificación y Análisis de los Eventos Adversos, implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía y seguimiento del proceso de higiene de manos en el establecimiento de salud. OE3. Implementar el Plan de Auditoría de la Calidad en Salud para el fortalecimiento de las buenas prácticas clínica y optimizar el impacto de la auditoría en la calidad de atención. OE4: Promover y promocionar la cultura de la Mejora Continua, a través de la implementación de acciones y proyectos de mejora continúa OE5: Planificar y ejecutar la Autoevaluación para la acreditación hospitalaria. OE6. Fortalecer el componente de información para la calidad a través de la aplicación de encuestas de satisfacción del usuario y atención de reclamos.



6.4. ACTIVIDADES POR OBJETIVOS

6.4.1. Descripción operativa: Unidad de medida, metas y responsables.

Objetivos Específicos	Actividad Operativa	Unidad de Medida	Meta	Responsable
OE1. Fortalecer el Sistema de Gestión de Calidad en Salud	Aprobación del Plan de Gestión de la Calidad.	Plan elaborado con RD	1	Dirección General
	Monitorización del avance del Plan de Gestión de Calidad	Informe	2	Oficina de Gestión de la Calidad
OE2. Promover seguridad del paciente, a través del fortalecimiento de las Rondas de Seguridad, del Sistema de Registro, Notificación y Análisis de los Eventos Adversos, implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía y seguimiento del proceso de higiene de manos en el establecimiento de salud	Aprobación del Plan Anual de Seguridad del Paciente.	Resolución Directoral	1	Dirección General
	Consolidación de registro, notificación y análisis de eventos adversos.	Informe	2	Oficina de Gestión de la Calidad
	Realizar el análisis del evento adverso según protocolo de Londres.	Informe	4	Oficina de Gestión de la Calidad
	Capacitación de la Aplicación de la Lista de Verificación de Seguridad en la Cirugía en los Centros Quirúrgicos.	Informe	1	Oficina de Gestión de la Calidad
	Informe de la encuesta aplicada de la implementación Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía (LVSC)	Informe	2	Oficina de Gestión de la Calidad
	Actualización y Aprobación del equipo de Rondas de Seguridad.	Resolución Directoral	1	Dirección General
	Programación de Rondas de Seguridad.	Cronograma	1	Oficina de Gestión de la Calidad
	Informe de los resultados de las Rondas de Seguridad del Paciente ejecutadas mensualmente.	Informe	12	Oficina de Gestión de la Calidad
	Consolidado trimestral de las Rondas de Seguridad del Paciente ejecutadas	Informe	4	Oficina de Gestión de la Calidad



Objetivos Específicos	Actividad Operativa	Unidad de Medida	Meta	Responsable
OE3. Implementar el Plan de Auditoría de la Calidad en Salud para el fortalecimiento de las buenas prácticas clínicas y optimizar el impacto de la auditoría en la calidad de atención.	Seguimiento del cumplimiento de las acciones de mejora post Rondas de Seguridad del Paciente ejecutadas	Informe	2	Oficina de Gestión de la Calidad
	Monitoreo de la implementación y adherencia del proceso de higiene de lavado de manos.	Informe	4	Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental
	Aprobación del Plan anual de auditoría de la calidad de atención.	Resolución Directoral	1	Dirección General
	Aprobar con R.D el Comité de Auditoría Médica	Resolución Directoral	1	Dirección General
	Aprobar con R.D el Comité de Auditoría en Salud.	Resolución Directoral	1	Dirección General
	Elaboración de informes de auditoría de la Calidad de Atención	Informe	4	Comité de auditoría (CAM/CAS)
	Seguimiento del cumplimiento de las recomendaciones basadas en las auditorías programadas de calidad de la atención	Informe	2	Oficina de Gestión de la Calidad
	Capacitación en proyectos de mejora continua de la calidad dirigido al personal de salud.	Persona Capacitada	20	Oficina de Gestión de la Calidad
	Actualización y conformación del Equipo de Mejora Continua.	Informe	1	Oficina de Gestión de la Calidad
	Elaboración y Seguimiento de proyecto de Mejora Continua	Informe	1	Oficina de Gestión de la Calidad
OE4: Promover y promocionar la cultura de la Mejora Continua, a través de la implementación de acciones y proyectos de mejora continua	Aprobación del Plan de Autoevaluación	Resolución Directoral	1	Dirección General
	Actualización y conformación del Equipo de Evaluadores Internos para la Autoevaluación.	Resolución Directoral	1	Dirección General
	Actualización y conformación del Equipo de Acreditación del HEJCU.	Resolución Directoral	1	Dirección General



Objetivos Específicos	Actividad Operativa	Unidad de Medida	Meta	Responsable
OE6. Fortalecer el componente de información para la calidad a través de la aplicación de encuestas de satisfacción del usuario y atención de reclamos.	Capacitación dirigida al equipo de evaluadores internos y al equipo de acreditación en norma técnica de acreditación.	Acta	1	Oficina de Gestión de la Calidad
	Comunicación oficial del inicio de Autoevaluación	Oficio	1	Dirección General
	Presentación del informe técnico de Autoevaluación para la acreditación.	Informe	1	Oficina de Gestión de la Calidad
	Difusión de los derechos y deberes de los pacientes que acuden al hospital (Folletos y Comunicación verbal).	Informe	2	Responsables del PAUS
	Reporte de las atenciones realizadas por el personal de la Plataforma de Atención al Usuario en Salud	Reporte	2	Responsables del PAUS
	Elaboración de reportes de los reclamos consignados en el libro de reclamaciones en salud.	Informe	12	Responsables del LR.
	Capacitación a los trabajadores en referencia a los derechos del paciente y el proceso de atención de los reclamos.	Persona Capacitada	50	PAUS/Oficina de Gestión de la Calidad
	Medición de satisfacción del usuario externo (Emergencia y hospitalización).	Informe	1	Oficina de Gestión de la Calidad



6.5 INDICADORES POR OBJETIVO GENERAL Y ESPECÍFICOS DEL PLAN

OBJETIVO GENERAL		OBJETIVO ESPECÍFICO	INDICADOR (DENOMINACIÓN)	FORMA DE CALCULO	VALOR ESPERADO	PERIODICIDAD	RESPONSABLE
Implementar los criterios de programación 2024 establecidos por la Unidad Funcional de Gestión de la Calidad para el año 2024, poniendo énfasis en una atención de calidad centrada en el usuario en salud.	Fortalecer el Sistema de Gestión de Calidad en Salud.	el de de en	Porcentaje de ejecución del Plan	N° de actividades ejecutadas/total de actividades programadas	100%	Trimestral	Oficina de Gestión de la Calidad
	Implementar el Plan de Auditoría de la Calidad en Salud para el fortalecimiento de las buenas prácticas clínicas y optimizar el impacto de la auditoría en la calidad de atención.		Porcentaje de ejecución del Plan de Auditoría	N° de actividades ejecutadas/total de actividades programadas	80%	Trimestral	Oficina de Gestión de la Calidad



OBJETIVO GENERAL	OBJETIVO ESPECIFICO	INDICADOR (DENOMINACIÓN)	FORMA DE CALCULO	VALOR ESPERADO	PERIODICIDAD	RESPONSABLE
	Promover la seguridad del paciente, a través del fortalecimiento de las Rondas de Seguridad y del Sistema de Registro, Notificación y Análisis de los Eventos Adversos.	Porcentaje de ejecución de rondas de Seguridad del Paciente	N° de Rondas de Seguridad ejecutadas/total de Rondas de Seguridad programadas	100%	Trimestral	Oficina de Gestión de la Calidad
	Planificar y ejecutar la Autoevaluación para la acreditación hospitalaria.	Porcentaje de cumplimiento	Porcentaje obtenido en la autoevaluación	85%	anual	Oficina de Gestión de la Calidad



OBJETIVO GENERAL	OBJETIVO ESPECIFICO	INDICADOR (DENOMINACIÓN)	FORMA DE CALCULO	VALOR ESPERADO	PERIODEICIDAD	RESPONSABLE
	Promover y la promoción de la cultura de la Mejora Continua, a través de la implementación de acciones y proyectos de mejora continua	Número de proyectos de mejora implementado	N° de proyectos de mejora implementados	1	anual	Oficina de Gestión de la Calidad
	Fortalecer el componente de información para la calidad	Porcentaje de usuarios externos satisfechos según encuesta Servqual	N° de usuarios satisfechos/total de usuarios encuestados	80%	anual	Oficina de Gestión de la Calidad
		Porcentaje de reclamos atendidos en el plazo establecido	N° de reclamos atendidos/total de reclamos registrados.	100%	semestral	Oficina de Gestión de la Calidad.



6.6 Presupuesto y financiamiento

El presente plan se financia con el presupuesto asignado a la Oficina de gestión de la Calidad en la fuente de financiamiento de recursos ordinarios y de acuerdo a disponibilidad presupuestaria.

6.7 Cronograma (Ver anexo adjunto)

6.8 Acciones de Monitoreo, Supervisión y Evaluación del Plan

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

6.9 Responsabilidades:

Dirección General: Es responsable de la aprobación del Plan de Gestión de la Calidad del Hospital de Emergencia José Casimiro Ulloa 2024 y de garantizar su cumplimiento

La Oficina de Gestión de la Calidad es responsable de la evaluación del presente plan y remite información periódica correspondiente dentro de la periodicidad establecida a DIRIS Lima centro.

Los Jefes de los órganos y unidades orgánicas, comités funcionales son responsables del monitoreo de cada actividad programada que sume al cumplimiento del plan según competencia y de remitir los informes respectivos para la evaluación y consolidación respectiva.



**Anexo N°1:
actividades**

Cronograma de

Objetivos Específicos	Actividad Operativa	Unidad de Medida	Meta	ene	feb	mar	abr	may	jun	jul	ago	sep	oct	nov	dic	Responsable
OE1. Fortalecer el Sistema de Gestión de Calidad en Salud	Aprobación del Plan de Gestión de la Calidad.	Plan elaborado con RD	1							1						Dirección General
	Monitorización del avance del Plan de Gestión de Calidad	Informe	2							1					1	Oficina de Gestión de la Calidad
OE2. Promover seguridad del paciente, a través del fortalecimiento de las Rondas de Seguridad, del Sistema de Registro, Notificación y Análisis de los Eventos Adversos, implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía y seguimiento del proceso de	Aprobación del Plan Anual de Seguridad del Paciente.	Resolución Directoral	1							1						Dirección General
	Consolidación de registro, notificación y análisis de eventos adversos.	Informe	2							1					1	Oficina de Gestión de la Calidad
	Realizar el análisis del evento adverso según protocolo de Londres.	Informe	4								1	1	1	1		Oficina de Gestión de la Calidad y Departamento s asistenciales
	Capacitación de la Lista de Verificación de Seguridad en la Cirugía en los Centros Quirúrgicos.	Informe	1										1			Oficina de Gestión de la Calidad



higiene de manos en el establecimiento o de salud	Informe de la encuesta aplicada de la implementación Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía (LVSC)	Informe	2											1					1	Oficina de Gestión de la Calidad y el equipo conductor
	Actualización y Aprobación del equipo de Rondas de Seguridad.	Resolución Directoral	1	1																Dirección General
	Aprobación del cronograma de Rondas de Seguridad.	Resolución Directoral	1	1																Dirección General
	Informe de los resultados de las Rondas de Seguridad del Paciente ejecutadas mensualmente.	Informe	12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	Oficina de Gestión de la Calidad y equipo de rondas
	Consolidado trimestral de las Rondas de Seguridad del Paciente ejecutadas	Informe	4						1									1		Oficina de Gestión de la Calidad
	Seguimiento del cumplimiento de las acciones de mejora post Rondas de Seguridad del Paciente ejecutadas	Informe	2						1									1		Oficina de Gestión de la Calidad

Documento Técnico “Plan Anual de la Oficina de Gestión de Calidad del Hospital Emergencias José Casimiro Ulloa”

Oficina de Gestión de Calidad

OE3. Implementar el Plan de Auditoría de la Calidad en Salud para el fortalecimiento de las buenas prácticas clínica y optimizar el impacto de la auditoría en la calidad de atención.	Monitoreo de la implementación y adherencia del proceso de higiene de lavado de manos.	Informe	4																1								1	Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental
	Aprobación del Plan anual de Auditoría de la calidad de atención.	Resolución Directoral	1																	1								Dirección General
	Aprobar con R.D el Comité de Auditoría Médica	Resolución Directoral	1																								Dirección General	
	Aprobar con R.D el Comité de Auditoría en Salud.	Resolución Directoral	1																	1								Dirección General
	Elaboración de informes de auditoría de la Calidad de Atención	Informe	2																							1	Oficina de Gestión de la calidad y Comité de auditoría (CAM/CAS)	
	Seguimiento del cumplimiento de las recomendaciones basadas en las auditorías programadas de calidad de la atención	Informe	2																							1	Oficina de Gestión de la Calidad	

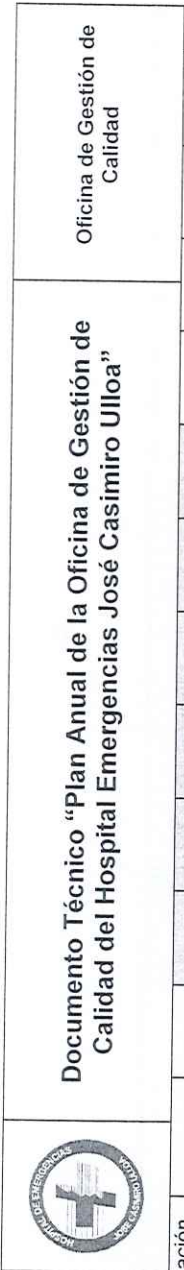


Documento Técnico "Plan Anual de la Oficina de Gestión de Calidad del Hospital Emergencias José Casimiro Ulloa"

Oficina de Gestión de Calidad

OE4: Promover y mejorar la cultura de la Mejora Continua, a través de la implementación de acciones y proyectos de mejora continua	Capacitación en proyectos de mejora continua de la calidad dirigido al personal de salud.	Informe	1											1				Oficina de Gestión de la Calidad
	Actualización y conformación del Equipo de Mejora Continua.	RD	1										1					Dirección General
	Elaboración y Seguimiento de proyecto de Mejora Continua	Informe	1												1			Oficina de Gestión de la Calidad
	Aprobación del Plan de Autoevaluación	Resolución Directoral	1							1								Dirección General
	Actualización y conformación del Equipo de Evaluadores Internos para la Autoevaluación.	Resolución Directoral	1							1								Dirección General
	Actualización y conformación del Equipo de Acreditación del HEJCU.	Resolución Directoral	1							1								Dirección General
	Capacitación dirigida al equipo de evaluadores internos y al equipo de acreditación en norma técnica de acreditación.	Acta	1													1		Oficina de Gestión de la Calidad





		Documento Técnico “Plan Anual de la Oficina de Gestión de Calidad del Hospital Emergencias José Casimiro Ulloa”										Oficina de Gestión de Calidad			
	Capacitación a los trabajadores en referencia a los derechos del paciente y el proceso de atención de los reclamos.	Informe	1											1	PAUS/Oficina de Gestión de la Calidad
	Medición de satisfacción del usuario externo (Emergencia y hospitalización).	Informe	1											1	Responsables del PAUS



Anexo N°2 CRITERIOS DE PROGRAMACION 2024 enviados por DIRIS Lima Centro

Componente	N°	CODI	DENOMINACION		CARACTERISTICAS DE PROGRAMACION						INDICADORES
			CRITERIOS DE PROGRAMACIÓN	UNID AD DE MEDIDA	FACTOR DE CONCENTRACIÓN	DEFINICIÓN OPERACIONAL	FUENTE DE VERIFICACION / REGISTRO	NORMATIVA			
Planificación	1	01EP GC	Elaboración del Plan de Gestión de la Calidad en Salud por Establecimiento de Salud (a partir de categoría I-3)	Plan aprobado	1	Documento elaborado según la Directiva Administrativa N° 326-MINSA/OG PPM-2022 en el cual se	Plan de Gestión de la Calidad en Salud aprobado por la Jefatura/Dirección y remitido a la DIRESA/GERESA/DIRIS/SANIDA D/ESSALUD hasta el I Semestre.	RM 519-2006/MINSA N° 090-2022-MINSA	Nivel Regional Número de EESS que cuentan con Plan Anual de Gestión de la Calidad aprobado/Número de EESS de la DIRESA/ GERESA/ DIRIS/ SANIDAD/ ESSALUD		



Documento Técnico "Plan Anual de la Oficina de Gestión de Calidad del Hospital Emergencias José Casimiro Ulloa"

Oficina de Gestión de Calidad

Garantía y Mejora					
				establece la finalidad, los objetivos, actividades y tareas relacionadas a las líneas de acción del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud	
				Aplicación de la Lista de verificación de la seguridad de la cirugía en los centros quirúrgicos de los establecimientos de salud así como, de las Encuestas de evaluación de la implementación de la	
	Implementación de la Verificación de la Seguridad de la Cirugía en centros quirúrgicos de los establecimientos de salud que realicen intervenciones quirúrgicas.	Informe	2		
02ILV				Listas de verificación de Seguridad de la Cirugía aplicadas. Informe consolidado de la implementación de la verificación de seguridad de la cirugía (que contiene Encuestas de evaluación de la implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía- anexo 2).	
2					RM N°1021-2010/MINS A
					Nivel Regional Número de establecimientos de salud de DIRESA/ GERESA/ DIRIS/ SANIDAD/ESSALUD que implementan la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía/ Número total de establecimientos de salud que realicen intervenciones quirúrgicas de DIRESA/ GERESA/ DIRIS/ SANIDAD/ ESSALUD



		Documento Técnico "Plan Anual de la Oficina de Gestión de Calidad del Hospital Emergencias José Casimiro Ulloa"		Oficina de Gestión de Calidad	
				Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía (a cargo del Equipo Conductor), conforme lo establecido en la normativa vigente.	
3	03IRN A	Implementación de mecanismos para el Registro, Notificación y Análisis de la ocurrencia de incidentes y Eventos Adversos en Salud en los establecimientos de salud	Informe	Desarrollo del procedimiento para el registro, notificación y el análisis de la ocurrencia de incidentes y eventos adversos en Salud en los establecimientos de salud	Reporte de incidentes y eventos adversos registrados y notificados. Informe trimestral consolidado de incidentes y eventos adversos registrados y notificados en los establecimientos de salud. Informe trimestral del análisis de eventos adversos.
			4		DS 013-2006-SA RM N° 727-2009/MINS A
					Nivel Regional Número de establecimientos de salud que remiten informe consolidado de incidentes y eventos adversos en salud / Total de establecimientos de salud Número de establecimientos de salud que remiten informe del análisis de eventos adversos en salud / Total de establecimientos de salud



	Documento Técnico "Plan Anual de la Oficina de Gestión de Calidad del Hospital Emergencias José Casimiro Ulloa"	Oficina de Gestión de Calidad
Implementación de la Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud en los establecimientos de salud.	Informe	2
04IAC 4 A	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 la mejora continua de las atenciones en los establecimientos de salud.	CAS y CAM conformados, Plan anual de auditoría de la Calidad de la atención en salud. Informe de auditorías (programadas, no programadas) y evaluaciones de calidad de registros de HC realizadas. Informe de implementación de recomendaciones de auditoría.
4	RM N° 502-2016/MINS A	Nivel Regional Número de establecimientos de salud que informan auditorías realizadas en cumplimiento de su Plan Anual de Auditoría/Total de establecimientos de salud de la DIRESA/GERESA/DIRIS/SANIDA D/ ESSALUD



		Documento Técnico “Plan Anual de la Oficina de Gestión de Calidad del Hospital Emergencias José Casimiro Ulloa”			Oficina de Gestión de Calidad
Implementación de los proyectos y/o acciones de mejora según normativa vigente (a partir de categoría I-3)	Informe	2	Actividades sobre el desarrollo de proyectos y/o acciones de mejora en base a la problemática identificada referente a las líneas de acción del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud y las prioridades sanitarias nacionales y regionales	Informe semestral sobre la implementación de los proyectos y/o acciones de mejora.	RM N° 095-2012/MINS A
5 M	05IPA			Nivel Regional Número de establecimientos de salud que implementan proyectos/acciones de mejora / Total de establecimientos de salud de la DIRESA/GERESA/DIRIS/SANIDA D/ESSALUD	



		Documento Técnico “Plan Anual de la Oficina de Gestión de Calidad del Hospital Emergencias José Casimiro Ulloa”		Oficina de Gestión de Calidad	
Implementación del proceso de higiene de manos en los establecimientos de salud (a partir de categoría I-3)		Informe	4	Actividades desplegadas de planificación, capacitación, monitoreo, supervisión y evaluación para cumplir con el proceso de implementación de higiene de manos: técnica correcta y adherencia a los 5 momentos, en coordinación con los responsables de la oficina de Epidemiología Actividades desplegadas por el día mundial de higiene de	Informes trimestrales, que incluyan las actividades de capacitación, monitoreo, supervisión y evaluación de la adherencia a la higiene de manos de los establecimientos de salud de la DIRESA/ GERESA/ DIRIS / SANIDAD/ ESSALUD
6 M		06IPH		RM N° 255-2016/MINS A.	Nivel Regional Número de establecimientos de salud que implementan el proceso de higiene de manos /Total de establecimientos de salud de la DIRESA/ GERESA/ DIRIS/ SANIDAD/ ESSALUD Porcentaje global promedio de la adherencia a la higiene de manos por Establecimiento de Salud.



	Documento Técnico "Plan Anual de la Oficina de Gestión de Calidad del Hospital Emergencias José Casimiro Ulloa"	Oficina de Gestión de Calidad
		manos 5 de mayo
7	Implementación de las Rondas de Seguridad del Paciente para la gestión del riesgo en la atención de salud en los establecimientos de salud	Actividades desplegadas por parte de los equipos de Rondas de Seguridad del Paciente de los EESS, para evaluar la ejecución de las Buenas Prácticas de la Atención en Salud, a una UPSS seleccionada al azar, mediante la
07/IRSP	Informe	4
	Informes trimestrales de la implementación de las Rondas de seguridad del paciente de los establecimientos de salud de las DIRESA/ GERESA/ DIRIS / SANIDAD/ ESSALUD	RM N° 163-2020-MINSA Directiva Sanitaria 92-MINSA-2020/DGAI N
		Número de establecimientos de salud que implementan las rondas de seguridad del paciente / Total de establecimientos de salud de la DIRESA/ GERESA/ DIRIS / SANIDAD/ ESSALUD Porcentaje de cumplimiento de Buenas Prácticas evaluadas por DIRESA/ GERESA/ DIRIS/ SANIDAD/ ESSALUD





Documento Técnico "Plan Anual de la Oficina de Gestión de Calidad del Hospital Emergencias José Casimiro Ulloa"

Oficina de Gestión de Calidad

				aplicación de verificadores (Herramienta Informática).					
8	08IAE S	Implementación de la Autoevaluación del Proceso de Acreditación de establecimientos de salud (a partir de categoría I-1)	Informe	1	Actividad de evaluación interna (Autoevaluación) del Proceso de Acreditación del establecimiento de salud, mediante la evaluación del cumplimiento de estándares preestablecidos, agrupados por Macroproce	Informe sobre Conformación de Equipo de Acreditación, equipo de evaluadores internos, Plan de Autoevaluación, Oficio de comunicación de inicio de Autoevaluación e Informe Técnico de Autoevaluación de los EESS que incluye reporte semaforizado emitido por el Aplicativo.	RM N° 456-2007/MINS A, RM N° 270-2009/MINS A RM N° 491-2012/MINS A		Nivel Regional Número de establecimientos de salud de DIRESA/ GERESA/ DIRIS/ SANIDAD/ ESSALUD que implementan el PAES y remiten Informe Técnico de Autoevaluación / Número total de establecimientos de salud de DIRESA/ GERESA/ DIRIS/ SANIDAD/ ESSALUD



		Documento Técnico “Plan Anual de la Oficina de Gestión de Calidad del Hospital Emergencias José Casimiro Ulloa”				Oficina de Gestión de Calidad	
					sos y clasificados en categoría de Macroprocesos Gerenciales, Prestacionales y de Apoyo.		
					Actividad de evaluación del grado de satisfacción del usuario externo mediante la aplicación de encuestas SERVQUAL - Modificada, procesamiento y reporte en el aplicativo (formato Excel), en consulta externa.	Informe anual emitido por los establecimientos de salud de la DIRESA/ GERESA/ DIRIS/ SANIDAD/ ESSALUD sobre los resultados de la evaluación de la satisfacción del usuario externo en consulta externa, hospitalización y emergencia, en establecimientos de salud (a partir de categoría 1-3)	



		Documento Técnico “Plan Anual de la Oficina de Gestión de Calidad del Hospital Emergencias José Casimiro Ulloa”		Oficina de Gestión de Calidad	
				hospitalización y emergencia, en establecimientos de salud (a partir de categoría I-3)	
			</		



