



**HOSPITAL EMERGENCIAS JOSÉ CASIMIRO ULLOA
(HEJCU)**

**DOCUMENTO TECNICO: PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD DEL
HOSPITAL DE EMERGENCIAS “JOSE CASIMIRO ULLOA” PARA EL AÑO 2025**

| UNIDAD ORGÁNICA | RESPONSABLE | VºBº |
|------------------------|---|--|
| Propuesto por: | Dra. Maybe Cleofe Mendoza Fernández |  <p>Hospital de Emergencias Jose Casimiro Ulloa</p> <p>Firmado digitalmente por MENDOZA FERNANDEZ Maybe Cleofe FAU 20138100015 hard Motivo: Doy Vº Bº Fecha: 07.04.2025 13:09:37 -05:00</p> |
| Cargo | Jefe de la Oficina de Gestión de Calidad | |
| Fecha | 31/03/2025 | |
| Revisado por: | Dra. Karina Aralí Vidalón López |  <p>Hospital de Emergencias Jose Casimiro Ulloa</p> <p>Firmado digitalmente por VIDALON LOPEZ Karina Arali FAU 20138100015 soft Motivo: Doy Vº Bº Fecha: 07.04.2025 13:58:18 -05:00</p> |
| Cargo | Directora Ejecutiva de Planeamiento y Presupuesto | |
| Fecha | 31/03/2025 | |
| Aprobado por: | Dr. Alberto Gonzales Guzmán | |
| Cargo | Director General del Hospital de Emergencias “José Casimiro Ulloa” | |
| Fecha | 31/03/2025 | |

DOCUMENTO TECNICO: PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD DEL HOSPITAL DE EMERGENCIAS “JOSE CASIMIRO ULLOA” PARA EL AÑO 2025

HOJA DE CONTROL DE CAMBIOS

| Versión | Fecha | Justificación | Responsable |
|----------------|--------------|-----------------------------------|----------------------------------|
| 01 | 27/01/2025 | Elaboración Inicial del documento | Oficina de Gestión de la Calidad |

DOCUMENTO TECNICO: PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD DEL HOSPITAL DE EMERGENCIAS “JOSE CASIMIRO ULLOA” PARA EL AÑO 2025

INDICE

| | |
|--|----|
| I. INTRODUCCIÓN: | 2 |
| II. FINALIDAD: | 2 |
| III. OBJETIVOS: | 2 |
| 3.1 Objetivo general: | 2 |
| 3.2 Objetivos específicos: | 2 |
| IV. ÁMBITO DE APLICACIÓN: | 3 |
| V. BASE LEGAL: | 3 |
| VI. CONTENIDO | 5 |
| 6.1 Aspectos técnicos conceptuales | 5 |
| 6.1.1 Definiciones operativas | 5 |
| 6.1.2 Abreviaturas | 6 |
| 6.2 Análisis de la situación actual del aspecto sanitario o administrativo | 6 |
| 6.2.1 Antecedentes | 6 |
| 6.2.2. Problema (magnitud y caracterización) | 16 |
| 6.2.3 Causas del problema | 16 |
| 6.2.4 Población o entidades objetivo | 17 |
| 6.2.5 Alternativas de solución | 18 |
| 6.3 Articulación estratégica con los objetivos y acciones del PEI. | 18 |
| 6.4 Actividades por objetivos | 19 |
| 6.4.1 Descripción Operativa: Unidad de medida, metas y responsables | 19 |
| 6.4.2 Costeo de las Actividades por tarea: | 24 |
| 6.4.3 Cronograma de actividades | 24 |
| 6.4.4 Responsables para el desarrollo de cada actividad. | 29 |
| 6.5 Presupuesto y financiamiento: | 32 |
| 6.6 Seguimiento del Plan Especifico | 32 |
| 6.7 Indicadores por objetivo general y específicos | 32 |
| 6.8 Evaluación del Plan Específico. | 34 |
| VII. RESPONSABILIDADES | 34 |
| VIII. ANEXOS | 35 |
| 8.1 Fichas de indicadores | 35 |
| IX. BIBLIOGRAFIA | 44 |

DOCUMENTO TECNICO: PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD DEL HOSPITAL DE EMERGENCIAS “JOSE CASIMIRO ULLOA” PARA EL AÑO 2025

I. INTRODUCCIÓN:

La implementación del Sistema de Gestión de la Calidad constituye un reto para nuestro sistema de salud ya que se cuenta con limitados recursos para brindar prestación lo cual se traduce en una infraestructura antigua, alto porcentaje de mobiliario inoperativo, recurso humano agotado en época post pandemia COVID 19, afectando la calidad de atención.

Es reconocido que, la calidad de atención marca la diferencia entre la vida y la muerte, frente a la mayoría de los riesgos y daños que ocurren cotidianamente resultando prioritario implementar un sistema de gestión de calidad, que dirija, opere y controle de manera sistémica procesos destinados a mejorar atención de la salud, lo cual implica transformación de la organización mediante aprendizaje y mejora permanente en respuesta a necesidades y expectativas de los usuarios.

Aun en los sistemas de salud que han logrado adecuado desarrollo y cuentan con suficientes recursos, se reconocen signos de creciente preocupación por la calidad de atención brindada, debido a que se encuentran en una lógica de mejora continua, cuyos resultados deben medirse periódicamente para establecer avance del sistema de calidad que se desea implantar.

Por ello en el presente documento, se plantean actividades que permitan alcanzar la calidad total y nos acerque a la excelencia en el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa.

II. FINALIDAD:

Establecer los lineamientos y estrategias para implementar el Sistema de Gestión de la Calidad en el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa.

III. OBJETIVOS:

3.1 Objetivo general:

Mejorar la calidad de atención en salud a través de la implementación de los componentes del Sistema de Gestión de la Calidad con enfoque en la satisfacción del usuario en salud.

3.2 Objetivos específicos:

1. Fortalecimiento del sistema de gestión de la calidad.
2. Optimizar el impacto de auditorías de la calidad de atención.
3. Promover atención segura del paciente.
4. Fortalecer procesos de autoevaluación y logro de acreditación.

DOCUMENTO TECNICO: PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD DEL HOSPITAL DE EMERGENCIAS “JOSE CASIMIRO ULLOA” PARA EL AÑO 2025

5. Implementar procesos de mejora continua de la calidad.
6. Promover la satisfacción del usuario.

IV. ÁMBITO DE APLICACIÓN:

El Plan de Gestión de la Calidad para el año 2025 tiene alcance en todas las unidades orgánicas 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.
- Resolución Ministerial 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”
- Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, Documento Técnico “Sistema de Gestión de la Calidad en Salud”
- Resolución Ministerial 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”
- Resolución Ministerial N° 596-2007/MINSA, “Plan Nacional de Gestión de la Calidad en Salud”
- Resolución Ministerial 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
- Resolución Ministerial N° 270-2009/MINSA, “Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo”
- Resolución Ministerial N° 370-2009/MINSA, “Directiva Administrativa que regula la organización y funcionamiento de las Comisiones Sectoriales de Acreditación de Servicios de Salud”
- Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, Documento Técnico “Política Nacional de Calidad en Salud”
- Resolución Ministerial N° 308-2010/MINSA, Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.
- Resolución Ministerial N° 1021-2010/MINSA, Guía Técnica de Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía”.
- Resolución Ministerial 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”
- Resolución Ministerial 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”.
- Resolución Ministerial 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

DOCUMENTO TECNICO: PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD DEL HOSPITAL DE EMERGENCIAS “JOSE CASIMIRO ULLOA” PARA EL AÑO 2025

Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo”, aprobada con RM N°456-2007/MINSA.

- Resolución Ministerial N° 168-2015/MINSA, Documento Técnico: “Lineamientos para la Vigilancia, Prevención y Control de las Infecciones asociadas a la atención de Salud”.
- Resolución Ministerial 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.
- Resolución Ministerial N° 414-2015/MINSA, Documento Técnico: Metodología para la elaboración de Guías de Práctica Clínica.
- Resolución Ministerial N° 255-2016/MINSA, Guía Técnica para la implementación del Proceso de Higiene de Manos en los Establecimientos de Salud.
- Resolución Ministerial N° 502-2016/MINSA, NTS 029-MINSA/DIGEPRES. V.2 Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud.
- Resolución Ministerial N° 896-2017/MINSA, Crea la Unidad Funcional de Gestión de la Calidad en Salud.
- Resolución Ministerial 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.
- Resolución Ministerial 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”.
- Resolución Ministerial N° 826-2021/MINSA, que aprueba las normas para la elaboración de documentos normativos del Ministerio de Salud.
- Resolución Ministerial N°064-2025-MINSA, que aprueba el Plan Estratégico Institucional (PEI) 2025-2030 del Ministerio de Salud.
- Resolución Ministerial N.° 215-2025-MINSA, que aprueba la Directiva Administrativa N° 375-MINSA/OGPPM-2025: "Directiva Administrativa para la Formulación, Aprobación, Seguimiento y Evaluación de los Planes Específicos en el Ministerio de Salud”.
- Resolución Directoral N° 054-2021-DG-HEJCU, que aprueba el Manual de Procesos y Procedimientos de la Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa”.
- Resolución Directoral N°283-2024-DG-HEJCU, que aprueba el Plan operativo Institucional 2025 Consistente con el PIA 2025 del Hospital de Emergencias “José Casimiro Ulloa”
- Resolución Directoral N° 116-2015-DG-HEJCU, que aprueba el la Directiva Sanitaria N° 008-2015-HEJCU-OGC-V.01: Directiva Sanitaria que establece el sistema de registro y notificación de incidentes y eventos adversos en el Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa"
- Resolución Directoral N.° 101 2024 DG HEJCU, que aprueba el Plan Operativo Institucional (POI) Multianual 2025-2027 del HEJCU.
- Resolución Directoral N.° 065 2025 DG HEJCU, que aprueba el Plan Operativo Institucional Anual 2024 Actualizado Versión 2 del HEJCU.

VI. CONTENIDO

6.1 Aspectos técnicos conceptuales

6.1.1 Definiciones operativas

- **Auditoria:** proceso de evaluación sistemática de la calidad y gestión de recursos en la atención en salud, con el fin de identificar deficiencias implementar mejoras para beneficio de la población. La auditoría basada en evidencias utiliza como herramientas la bioestadística y epidemiología.
- **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.
- **Calidad de atención médica:** consiste en la aplicación de ciencia y tecnología médica en una forma que maximice sus beneficios para la salud, sin aumentar en forma proporcional sus riesgos.
- **Criterios de Programación:** Condiciones que deben cumplir 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 lo que deseamos lograr. Debe ser elaborado en forma participativa, fácilmente cuantificable.
- **Higiene de manos:** Conjunto de métodos y técnicas que remueven, destruyen y reducen el número y proliferación de microorganismos en las manos.
- **Indicador:** Medida cuantitativa que puede usarse como guía para controlar y valorar cumplimiento de metas u objetivos de diferentes actividades, es decir, es la forma particular (normalmente numérica) en la que se mide o evalúa cada uno de los criterios.
- **Lista de verificación de seguridad en la cirugía:** herramienta utilizada para ayudar al equipo quirúrgico a reducir daños al paciente procurando garantizar procedimientos eficientes en la intervención contribuyendo a evitar probables eventos adversos que puedan ser causados en un acto quirúrgico.
- **Notificación de incidentes, eventos adversos y eventos centinelas:** Estrategia que permite recolectar datos sobre eventos adversos producidos en el ámbito sanitario, a partir de los cuales se puede mejorar la seguridad de los pacientes.
- **Mejora continua:** basada en la revisión continua de eventos e identificación de ineficiencias, implementando estrategias de corrección hasta su extinción, mejorando costos de oportunidad, racionalización en el uso de recursos, y otros factores que en conjunto permiten la optimización.
- **Planificación:** proceso documentado que reúne los objetivos de la organización y las acciones necesarias para ejecutarlos.

DOCUMENTO TECNICO: PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD DEL HOSPITAL DE EMERGENCIAS “JOSE CASIMIRO ULLOA” PARA EL AÑO 2025

- **Rondas de seguridad:** Herramienta de Calidad que permite evaluar prácticas de atención en salud, recomendada para fortalecer la cultura de seguridad en el paciente a partir de la identificación de problemas en la atención.
- **Sistema de Gestión de la Calidad:** Conjunto de elementos interrelacionados que contribuyen a conducir, regular, brindar asistencia técnica y evaluar actividades de salud respecto a calidad de atención y gestión de la salud.
- **Satisfacción del usuario externo:** Grado de cumplimiento por parte de la organización de salud, respecto a expectativas y percepciones del usuario en relación con los servicios que esta recibe.

6.1.2 Abreviaturas

| | | |
|-------|---|--|
| DG | : | Dirección General |
| DIRIS | : | Dirección de Redes Integradas de Salud |
| GPC | : | Guías de Práctica Clínica |
| HEJCU | : | Hospital de Emergencia “José Casimiro Ulloa” |
| LC | : | Lima Centro |
| MINSA | : | Ministerio de Salud |
| OGC | : | Oficina de Gestión de la Calidad |
| OEI | : | Objetivos Estratégicos Institucionales |
| POI | : | Plan operativo Institucional |

6.2 Análisis de la situación actual del aspecto sanitario o administrativo

6.2.1 Antecedentes

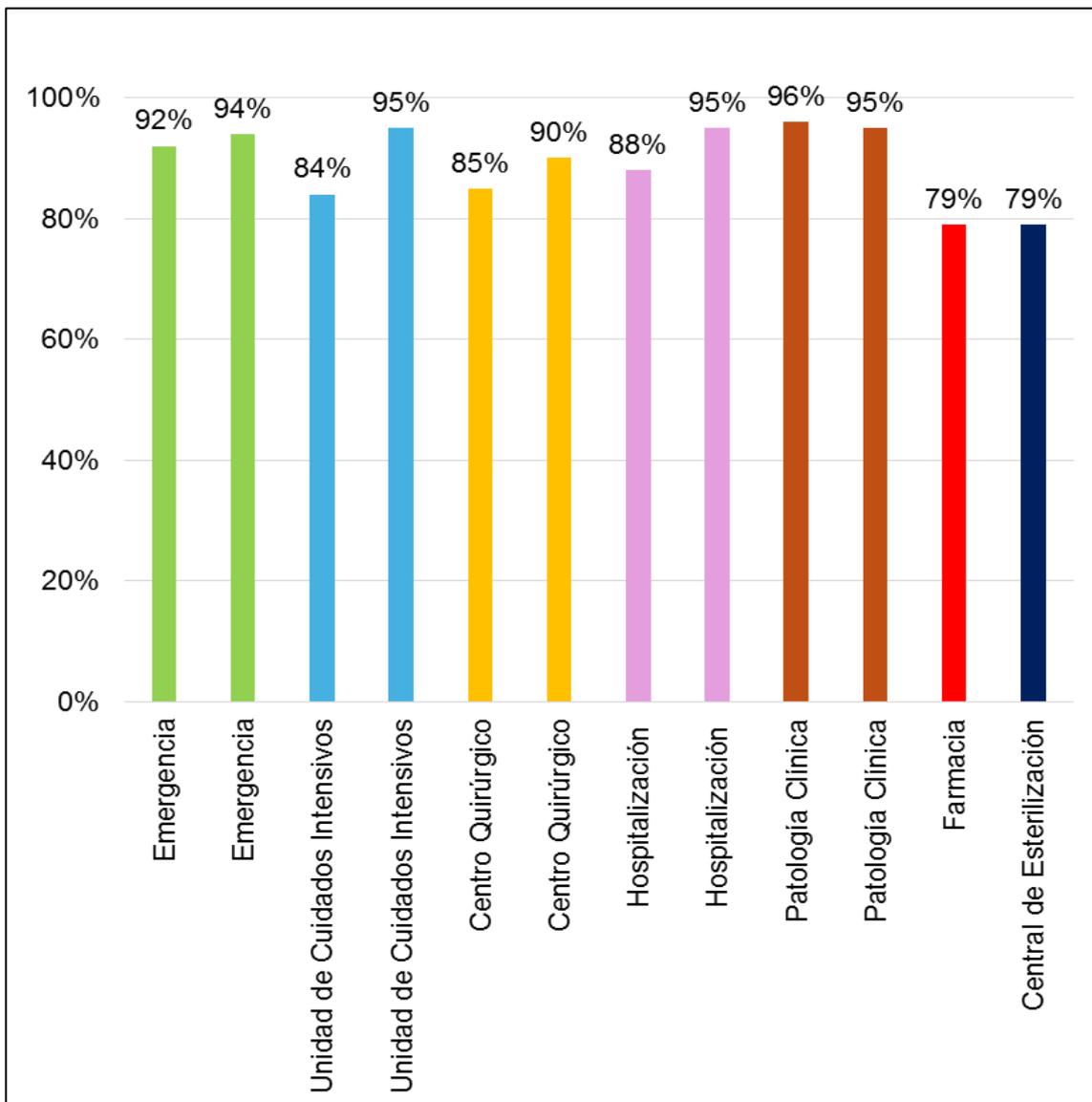
La Oficina de Gestión de la Calidad como unidad orgánica dependiente de la Dirección General, se encarga del asesoramiento e implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en el HEJCU, el cual involucra participación del personal directivo, asistencial, técnico y administrativo, a continuación, veremos los resultados obtenidos en el año 2024 en los principales procesos y líneas de acción que la OGC promueve:

a) Seguridad del paciente:

Durante el año 2024, se ejecutaron 12 rondas de seguridad del paciente cumpliendo el cronograma aprobado mediante Resolución Directoral N°016-2024-DG-HEJCU del 29 ENE24, seleccionando servicios a supervisar mediante sorteo, cuyos resultados se muestran a continuación:

DOCUMENTO TECNICO: PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD DEL HOSPITAL DE EMERGENCIAS “JOSE CASIMIRO ULLOA” PARA EL AÑO 2025

GRAFICA N°1: RESULTADOS DE LAS RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE 2024



Fuente: Elaboración propia

Todas las UPSS requieren continuidad en la supervisión con la finalidad de incrementar el indicador del avance en la mejora de prestación de servicios de salud.

Información sobre acciones de mejora implementadas o en proceso de implementación en relación a los verificadores inseguros de cada UPSS evaluada- Rondas de Seguridad del Paciente- II Semestre del 2024.

DOCUMENTO TECNICO: PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD DEL HOSPITAL DE EMERGENCIAS “JOSE CASIMIRO ULLOA” PARA EL AÑO 2025

Tabla 1: Resultados de las rondas de seguridad 2024

| UPSS | N° de Verificadores inseguros | N° de Acciones de mejora programadas | N° de acciones de mejora implementadas | % de Acciones de mejora implementadas |
|-------------------------------|--------------------------------------|---|---|--|
| Emergencia | 13 | 8 | 8 | 100% |
| Unidad de Cuidados Intensivos | 11 | 12 | 12 | 100% |
| Centro Quirúrgico | 11 | 14 | 13 | 93% |
| Hospitalización | 13 | 16 | 16 | 100% |
| Hospitalización | 13 | 5 | 4 | 80% |
| Patología Clínica | 8 | 2 | 2 | 100% |
| Farmacia | 4 | 4 | 4 | 100% |
| Central de Esterilización | 4 | 4 | 3 | 75% |
| Emergencia | 6 | 6 | 5 | 83% |
| Centro Quirúrgico | 9 | 9 | 7 | 78% |
| Unidad de Cuidados Intensivos | 6 | 6 | 6 | 100% |
| Patología Clínica | 2 | 2 | 2 | 100% |
| TOTALES | 100 | 88 | 82 | 92% |

Fuente: Aplicativos de rondas de seguridad del paciente ejecutadas en el año 2024

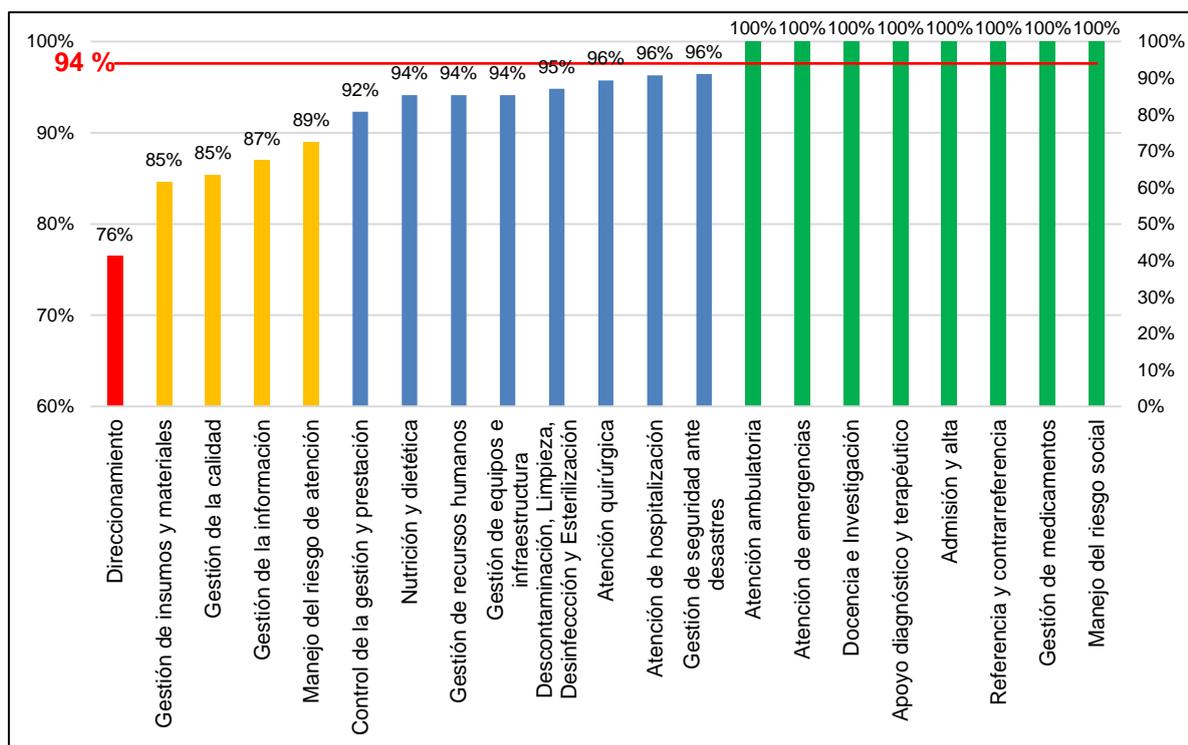
De las 88 acciones de mejora programadas, se han implementado 82, lo que representa un cumplimiento del 92% en la implementación de las mejoras a nivel general. Aunque se ha alcanzado un alto porcentaje de implementación, aún existe un pequeño margen de mejora, específicamente en la UPSS de Hospitalización 80%, Central de Esterilización 75%, Emergencia 83%, y Centro Quirúrgico 78%.

b) Acreditación de establecimientos de salud.

El proceso se llevó a cabo de acuerdo con los lineamientos establecidos a la Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo N° 050 MINSA/DGSP V.02, aprobada mediante Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, en los aspectos que resultan aplicables al Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, categoría III-E, obteniendo los siguientes resultados por macroproceso:

DOCUMENTO TECNICO: PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD DEL HOSPITAL DE EMERGENCIAS “JOSE CASIMIRO ULLOA” PARA EL AÑO 2025

GRAFICA N° 2: RESULTADOS DE LA ACREDITACION 2024



Fuente: Elaboración propia

En cuanto al resultado del proceso de autoevaluación el hospital **obtuvo un puntaje final de 94.00%**, lo que refleja un desempeño general muy positivo en los macroprocesos evaluados. Este resultado sugiere una gestión efectiva y un enfoque en la calidad del servicio.

En relación al desempeño por dimensiones:

- **Prestacional:** Con un 98.31%, esta dimensión muestra el mejor desempeño, indicando que el hospital es muy eficaz en la prestación de servicios de salud.
- **Apoyo:** Con un 95.47%, esta dimensión también refleja un alto nivel de efectividad en los procesos de apoyo que facilitan la atención.
- **Gerenciamiento:** Aunque es la dimensión con la puntuación más baja (87.19%), sigue siendo un resultado sólido, aunque sugiere áreas que podrían beneficiarse de una mejora.

El crecimiento sostenido en los puntajes a lo largo de los años parece ser el resultado del esfuerzo institucional por maximizar la gestión de calidad. Esto implica un compromiso continuo con la mejora y la excelencia en la atención al paciente. No obstante, durante el desarrollo de la autoevaluación se identificaron algunas oportunidades de mejora como:

- Dificultades debido al desconocimiento de los responsables de los macroprocesos, sobre la metodología de evaluación.
- Se designaron 18 evaluadores internos, lo cual no logró cubrir los 21 macroprocesos a evaluar, por lo que personal de la

DOCUMENTO TECNICO: PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD DEL HOSPITAL DE EMERGENCIAS “JOSE CASIMIRO ULLOA” PARA EL AÑO 2025

Oficina de Gestión de la Calidad apoyo en la evaluación de algunos macroprocesos.

c) Evaluación de la satisfacción del usuario externo.

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 estos 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., las 24 horas al día y 365 días del año.

Durante el año 2024, se han procesado ciento sesenta y cinco (165) hojas de reclamaciones, registrándose la mayor cantidad de ellas en el mes de enero, mayo y agosto, implementándose estrategias de contención y manejo de conflictos con el usuario.

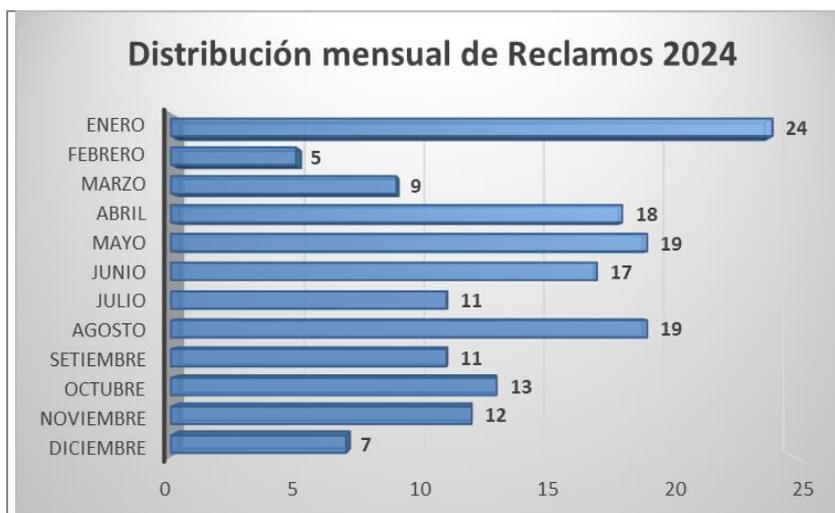
Tabla 2: RECLAMOS DEL 2024

| Mes | Cantidad de Reclamos validos | % |
|----------------------|------------------------------|-------------|
| Enero | 24 | 15% |
| Febrero | 5 | 3% |
| Marzo | 9 | 5% |
| Abril | 18 | 11% |
| Mayo | 19 | 12% |
| Junio | 17 | 10% |
| Julio | 11 | 7% |
| Agosto | 19 | 12% |
| Setiembre | 11 | 7% |
| Octubre | 13 | 8% |
| Noviembre | 12 | 7% |
| Diciembre | 7 | 4% |
| Total general | 165 | 100% |

Fuente: Elaboración propia

DOCUMENTO TECNICO: PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD DEL HOSPITAL DE EMERGENCIAS “JOSE CASIMIRO ULLOA” PARA EL AÑO 2025

Grafica N°3: Distribución de los reclamos en el 2024



Fuente: Base de datos, módulo de reclamos 2024

Según la clasificación de los reclamos, la causa más frecuente fue 1112: Negar la atención en situaciones de emergencia correspondiente al Departamento de Medicina y Enfermería quienes son los que proveen el recurso humano para el triaje.

Tabla 3: CLASIFICACIÓN DE LOS RECLAMOS 2024

| Clasificación del Reclamo | N° | % |
|--|-----------|----------|
| 1112.Negar la atención en situaciones de emergencia | 51 | 31% |
| 2001.Otros relativos a la atención de salud en las IPRESS | 49 | 30% |
| 1302: No recibir de su médico y/o personal de salud trato amable y respetuoso | 16 | 10% |
| 1304.No brindar el procedimiento médico o quirúrgico adecuado | 12 | 7% |
| 1109.Demorar en la atención de emergencia de acuerdo a la prioridad | 5 | 3% |
| 1203: No recibir de su médico y/o personal de salud tratante información comprensible sobre su estado de salud o tratamiento | 5 | 3% |
| 1121: Incumplimiento en la programación de intervenciones quirúrgicas | 4 | 2% |
| 1201.No brindar información de los procesos administrativos de la IPRESS | 3 | 2% |
| 1302.No recibir de su médico y/o personal de salud trato amable y respetuoso | 4 | 2% |
| 1102: Dispensar medicamentos y/o dispositivos médicos de manera insatisfactoria | 1 | 1% |
| 1103.Direccionar al usuario a comprar medicamentos o dispositivos médicos fuera del establecimiento de salud | 2 | 1% |
| 1111.Demora en el otorgamiento o reprogramación de cupo para procedimiento | 2 | 1% |

DOCUMENTO TECNICO: PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD DEL HOSPITAL DE EMERGENCIAS “JOSE CASIMIRO ULLOA” PARA EL AÑO 2025

| Clasificación del Reclamo | N° | % |
|--|------------|-------------|
| 1113: Encontrar IPRESS y/o unidades prestadoras de servicios de salud cerradas en horario de atención o no presencia del personal responsable de la atención | 2 | 1% |
| 1118.Cobrar indebidamente | 2 | 1% |
| 1303.No recibir del personal administrativo trato amable y respetuoso | 2 | 1% |
| 1305: No brindar un trato acorde a la cultura, condición y genero del usuario | 1 | 1% |
| 1306: Presunto error en los resultados de exámenes de apoyo al diagnostico | 1 | 1% |
| 1310.No brindar atención con respeto a la dignidad del usuario | 1 | 1% |
| 1401: No solicitar al usuario o su representante legal el consentimiento informado por escrito de acuerdo a los requerimientos de la normatividad vigente | 1 | 1% |
| Total General | 164 | 100% |

Fuente: Base de datos, módulo de reclamos 2024

Así mismo, según la declaración del reclamo; el 76% fue declarado infundado, 5.5% fueron declarados fundados. Respecto a los departamentos con más reclamos, el 31% corresponde al triaje , seguido 21% al departamento de Traumatología, 16% al departamento de Medicina.

DOCUMENTO TECNICO: PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD DEL HOSPITAL DE EMERGENCIAS “JOSE CASIMIRO ULLOA” PARA EL AÑO 2025

Tabla 4: DECLARACIÓN DEL RECLAMO Y ÁREAS INVOLUCRADAS EN EL RECLAMO 2024

| Declaración del Reclamo | Administración | Asistencia Social | Banco de Sangre | Cardiología | Cirugía | Cirugía/Neurocirugía | Coordinación Asistencial | Diagnóstico por Imágenes | Dpto. de Enfermería | Economía | Estadística | Farmacia | Ginecología | Medicina | Mesa de Partes | Neurocirugía | Pediatría | Servicios Generales (Personal de Seguridad) | Seguros | Traumatología | Triaje adulto | Uci | Total general | |
|---------------------------|----------------|-------------------|-----------------|-------------|------------|----------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------|------------|-------------|------------|-------------|-----------|----------------|--------------|------------|---|------------|---------------|---------------|------------|---------------|------------|
| CONCLUIDO ANTICIPADAMENTE | 1 | 1 | | | 1 | | | | | 1 | | | | 1 | | | | | 1 | 4 | 4 | | | 14 |
| FUNDADO | | | 1 | | | | | 1 | | | 1 | 1 | | 1 | | | | | | 4 | | | | 9 |
| IMPROCEDENTE | | 1 | | | | | | | | | 1 | | | 2 | | | 1 | 5 | | 2 | 4 | | | 16 |
| INFUNDADO | | | | 1 | 10 | 1 | 1 | 1 | 4 | 3 | 1 | 2 | 1 | 22 | 1 | 1 | 5 | 3 | | 24 | 42 | 1 | | 124 |
| PENDIENTE | | | | | | | | | | | | | | | | | | 1 | | | 1 | | | 1 |
| Total General | 1 | 2 | 1 | 1 | 11 | 1 | 1 | 2 | 4 | 4 | 3 | 3 | 1 | 26 | 1 | 1 | 6 | 9 | 1 | 34 | 51 | 1 | | 164 |
| Porcentaje (%) | 0.6 | 1.2 | 0.6 | 0.6 | 6.7 | 0.6 | 0.6 | 1.2 | 2.4 | 2.4 | 1.8 | 1.8 | 0.6 | 16 | 0.6 | 0.6 | 3.6 | 5.5 | 0.6 | 21 | 31 | 0.6 | | 100 |

Fuente: Base de datos, módulo de reclamos 2024

DOCUMENTO TECNICO: PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD DEL HOSPITAL DE EMERGENCIAS “JOSE CASIMIRO ULLOA” PARA EL AÑO 2025

d) Auditoría de la calidad de la atención en salud.

Los resultados de las auditorías de calidad de registro de la historia clínica 2024 se detalla en la Tabla N°5 y los resultados de las auditorías de adherencia a las guías de práctica clínica se detalla en la Tabla N° 6.

Tabla 5: CONSOLIDADO DE AUDITORÍAS DE CALIDAD DE REGISTRO DE LA HISTORIA CLÍNICA 2024

| N° | Informe | Especialidad | UPSS | Fecha | Resultado % | Calificación |
|----|---|---------------|-----------------|--------|-------------|--------------|
| 1 | INFORME N° 088-2024-OGC-HEJCU | Cirugía | Hospitalización | Abr-24 | 87 | Por Mejorar |
| 2 | INFORME N° 088-2024-OGC-HEJCU | Ginecología | Hospitalización | Abr-24 | 87 | Por Mejorar |
| 3 | INFORME N° 088-2024-OGC-HEJCU | Traumatología | Hospitalización | Abr-24 | 87 | Por Mejorar |
| 4 | INFORME N° 088-2024-OGC-HEJCU | Medicina | Emergencia | Abr-24 | 87 | Por Mejorar |
| 5 | INFORME N° 167-2024-OGC-HEJCU | Cirugía | Emergencia | Jul-24 | 80.8 | Por Mejorar |
| 6 | Nota Informativa N° 000030-2024-HEJCU/OGC | Pediatría | Emergencia | Nov-24 | 79 | Por Mejorar |
| 7 | Nota Informativa N° 000031-2024-HEJCU/OGC | Ginecología | Hospitalización | Nov-24 | 82 | Por Mejorar |
| 8 | Nota Informativa N° 000032-2024-HEJCU/OGC | Cirugía | Hospitalización | Nov-24 | 84 | Por Mejorar |
| 9 | Nota Informativa N° 000033-2024-HEJCU/OGC | Ginecología | Emergencia | Nov-24 | 76 | Por Mejorar |

Fuente: Elaboración propia de la Oficina de Gestión de la Calidad

De la tabla N° 5 podemos evidenciar que el resultado en general de las auditorías de calidad de registro de las historias clínicas en el Hospital de Emergencia José Casimiro Ulloa tiene una calificación por MEJORAR.

Tabla 6: CONSOLIDADO DE AUDITORÍAS DE CALIDAD DE ADHERENCIA A GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

| N° | N° Auditoría | Especialidad | GPC Evaluada | Fecha | Resultado % | Calificación |
|----|-------------------------------|--------------|---|--------|-------------|---------------|
| 1 | INFORME N° 168-2024-OGC-HEJCU | Cirugía | Guía de práctica Clínica para el DIAGNOSTICO Y MANEJO APENDICITIS AGUDA | Jul-24 | 92 | Satisfactoria |

DOCUMENTO TECNICO: PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD DEL HOSPITAL DE EMERGENCIAS “JOSE CASIMIRO ULLOA” PARA EL AÑO 2025

| N° | N° Auditoria | Especialidad | GPC Evaluada | Fecha | Resultado % | Calificación |
|----|--|---------------|---|--------|-------------|---------------|
| 2 | Nota Informativa N° 000034-2024-HEJCU/OGC -INFORME DE MEDICIÓN DE ADHERENCIA A GUÍAS DE PRÁCTICA CLINICA N° 001-2024-CAM/OGC-HEJCU | Pediatría | Guía de Práctica Clínica para el Manejo de exacerbación de Asma y Sibilancias en Pediatría | Nov-24 | 84 | Por mejorar |
| 3 | Nota Informativa N° 000035-2024-HEJCU/OGC -INFORME DE MEDICIÓN DE ADHERENCIA A GUÍAS DE PRÁCTICA CLINICA N° 002-2024-CAM/OGC-HEJCU | Cirugía | Guía de Práctica Clínica: Diagnóstico y manejo de Colecistitis aguda | Nov-24 | 71 | Deficiente |
| 4 | Nota Informativa N° 000036-2024-HEJCU/OGC -INFORME DE MEDICIÓN DE ADHERENCIA A GUÍAS DE PRÁCTICA CLINICA N° 003-2024-CAM/OGC-HEJCU | Pediatría | Guía de Práctica Clínica: Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad Diarreica Aguda Infecciosa en Niños Menores de 5 Años | Nov-24 | 71 | Deficiente |
| 5 | Nota Informativa N° 000037-2024-HEJCU/OGC -INFORME DE MEDICIÓN DE ADHERENCIA A GUÍAS DE PRÁCTICA CLINICA N° 004-2024-CAM/OGC-HEJCU | Ginecología | Guías de Práctica Clínica del manejo del embarazo ectópico | Nov-24 | 92 | Satisfactoria |
| 6 | Nota Informativa N° 00004-2025-HEJCU/OGC INFORME DE MEDICIÓN DE ADHERENCIA A GUÍAS DE PRÁCTICA CLINICA N° 005-2024-CAM/OGC-HEJCU | Neurocirugía | Guía de Práctica Clínica: Diagnóstico y tratamiento del traumatismo encéfalo craneano (TEC) | Ene-25 | 92 | Satisfactoria |
| 7 | Nota Informativa N° 00005-2025-HEJCU/OGC -INFORME DE MEDICIÓN DE ADHERENCIA A GUÍAS DE PRÁCTICA CLINICA N° 006-2024-CAM/OGC-HEJCU | Traumatología | Guía de Práctica Clínica: Diagnostico y Manejo de la Fractura de Radio Distal en el HEJCU | Ene-25 | 52 | Deficiente |
| 8 | Nota Informativa N° 00006-2025-HEJCU/OGC -INFORME DE MEDICIÓN DE ADHERENCIA A GUÍAS DE PRÁCTICA CLINICA N° 007-2024-CAM/OGC-HEJCU | Medicina | Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Ictus en emergencia en el HEJCU | Ene-25 | 73 | Deficiente |
| 9 | Nota Informativa N° 00007-2025-HEJCU/OGC INFORME DE MEDICIÓN DE ADHERENCIA A GUÍAS DE PRÁCTICA CLINICA N° 008-2024-CAM/OGC-HEJCU | Medicina | Guía de Práctica Clínica: Diagnóstico y Tratamiento Para la Prevención, Diagnóstico y Manejo de la Trombosis Venosa Profunda periférica en el HEJCU | Ene-25 | 92 | Satisfactoria |

Fuente: Elaboración propia de la Oficina de Gestión de la Calidad

De la tabla N° 6 podemos evidenciar que obtuvieron la calificación de deficiente la adherencia a las siguientes Guías de práctica Clínica:

- Guía de Práctica Clínica: Diagnóstico y manejo de Colecistitis aguda.
- Guía de Práctica Clínica: Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad Diarreica Aguda Infecciosa en Niños Menores de 5 Años.
- Guía de Práctica Clínica: Diagnostico y Manejo de la Fractura de Radio Distal en el HEJCU.

DOCUMENTO TECNICO: PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD DEL HOSPITAL DE EMERGENCIAS “JOSE CASIMIRO ULLOA” PARA EL AÑO 2025

- Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Ictus en emergencia en el HEJCU.

e) Mejora continua de la calidad.

Los equipos que implementaron acciones y/o proyectos de mejora en el 2024 tenían desconocimiento de la Guía Técnica para la Elaboración de Proyectos de Mejora y la Aplicación de Técnicas y Herramientas para la Gestión de la Calidad aprobada con la R.M. N° 095-2012/ MINSA. La Oficina de Gestión de la Calidad, ante ello realizó capacitaciones a fin de dar cumplimiento de la Guía Técnica en mención y elaborar los proyectos de mejora según corresponda.

6.2.2. Problema (magnitud y caracterización)

Los problemas identificados por línea de acción son:

a) Seguridad del paciente.

Bajo porcentaje de implementación de acciones de mejora en algunas UPSS:

- Hospitalización: 80%
- Central de Esterilización: 75%
- Emergencia: 83%
- Centro Quirúrgico: 78%

b) Acreditación de Establecimientos de Salud

- Desconocimiento de la metodología de evaluación por parte de los responsables de macroprocesos.
- Falta de compromiso de los evaluadores internos para realizar las evaluaciones.

c) Evaluación de la Satisfacción del Usuario Externo

- Elevado número de reclamos, especialmente en atención de emergencia.
- 31% de los reclamos fueron por negar atención en situaciones de emergencia.

d) Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud

- Calificaciones "Por Mejorar" en la mayoría de auditorías de calidad de registro de la historia clínica.
- Calificaciones "Deficiente" en varias auditorías de guías de práctica clínica.

e) Mejora Continua de la Calidad

- Desconocimiento de la Guía Técnica para la Elaboración de Proyectos de Mejora.

6.2.3 Causas del problema

Las causas asociadas por línea de acción son:

a) Seguridad del paciente.

- Falta de recursos (humanos, técnicos, materiales) para implementar las acciones de mejora.

DOCUMENTO TECNICO: PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD DEL HOSPITAL DE EMERGENCIAS “JOSE CASIMIRO ULLOA” PARA EL AÑO 2025

- Prioridades mal definidas en la implementación de las mejoras.
- Falta de capacitación o motivación del personal encargado de llevar a cabo las mejoras.

b) Acreditación de establecimientos de salud.

- Falta de formación continua en métodos de autoevaluación y acreditación.

c) Evaluación de la satisfacción del usuario externo.

- Falta de comunicación efectiva entre el personal y los pacientes sobre los protocolos de atención.
- Estrés y sobrecarga laboral del personal en el área de emergencias.

d) Auditoría de la calidad de la atención en salud.

- Falta de adherencia a las Guías de Práctica Clínica establecidas.
- Poca claridad en la documentación y registro de la atención brindada.

e) Mejora continua de la calidad.

- Capacitación insuficiente o inadecuada sobre las herramientas y técnicas de gestión de calidad.

6.2.4 Población o entidades objetivo

Demanda estimada de 84 mil atenciones anuales de emergencias y urgencias.

DOCUMENTO TECNICO: PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD DEL HOSPITAL DE EMERGENCIAS “JOSE CASIMIRO ULLOA” PARA EL AÑO 2025

6.2.5 Alternativas de solución

a) Seguridad del paciente.

- Reforzar la capacitación del personal sobre la importancia de la implementación de acciones de mejora.
- Realizar un análisis de recursos y necesidades en cada UPSS para asegurar la disponibilidad de lo necesario.
- Establecer un sistema de incentivos para el personal que logre implementar mejoras exitosamente.

b) Acreditación de establecimientos de salud.

- Implementar programas de formación continua para el personal encargado de la autoevaluación.

c) Evaluación de la satisfacción del usuario externo.

- Capacitar al personal en atención al cliente y manejo de situaciones de crisis.
- Reestructurar el proceso de triaje para optimizar la atención en emergencias.
- Implementar un sistema de seguimiento y feedback sobre los reclamos para mejorar continuamente.

d) Auditoría de la calidad de la atención en salud.

- Reforzar la capacitación sobre la importancia del registro adecuado de historias clínicas.
- Realizar reuniones periódicas para discutir los resultados de las auditorías y establecer planes de mejora concretos.

e) Mejora continua de la calidad.

- Desarrollar un programa de sensibilización y capacitación que incluya talleres prácticos sobre la guía técnica.
- Proporcionar recursos y materiales de consulta accesibles para el personal involucrado en la mejora continua.

6.3 Articulación estratégica con los objetivos y acciones del PEI.

El presente Plan se articula con el Plan Estratégico Institucional (PEI) 2025-2030 del Ministerio de Salud, aprobado con Resolución Ministerial N°064-2025/MINSA, con los siguientes objetivos estratégicos institucionales y acciones estratégicas institucionales del Ministerio de Salud

TABLA 6: ARTICULACIÓN ESTRATÉGICA CON LOS OBJETIVOS Y ACCIONES PEI

| OEI / AEI | |
|-----------|--|
| CÓDIGO | DESCRIPCIÓN |
| OEI.06 | FORTALECER LA IMPLEMENTACION DE LOS ESQUEMAS DE MODERNIZACION EN EL MINISTERIO DE SALUD |
| AEI.06.02 | Gestión por procesos para el ejercicio de rol y funciones del Ministerio de Salud |

Fuente: Resolución Ministerial N°064-2025/MINSA que aprueba: el Plan estratégico Institucional (PEI)2025-2030 del Ministerio de Salud.

DOCUMENTO TECNICO: PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD DEL HOSPITAL DE EMERGENCIAS “JOSE CASIMIRO ULLOA” PARA EL AÑO 2025

6.4 Actividades por objetivos

6.4.1 Descripción Operativa: Unidad de medida, metas y responsables

TABLA 7: DESCRIPCIÓN OPERATIVA: UNIDAD DE MEDIDA, METAS Y RESPONSABLES

| Objetivo general | Objetivo específico | Actividad operativa | Unidad de medida | Meta física anual | Responsable | Categoría Presupuestal | Producto | Actividad Presupuestal |
|--|--|--|-----------------------|-------------------|-------------|-------------------------|----------------------|--------------------------------|
| Mejorar la calidad de atención en salud a través de la implementación de los componentes del Sistema de Gestión de la Calidad con enfoque en la satisfacción del usuario en salud. | OE1. Fortalecimiento del sistema de gestión de la calidad. | Elaborar Plan de Gestión de la Calidad | Resolución Directoral | 1 | OGC | 9001 ACCIONES CENTRALES | 3999999 SIN PRODUCTO | 5000003 GESTION ADMINISTRATIVA |
| | | Remitir Plan de Gestión de la Calidad de DIRIS LC | Oficio | 1 | OGC | | | |
| | | Evaluar de forma semestral el cumplimiento del plan anual de gestión de la calidad y remitir a la DIRIS LC | Informe | 2 | OGC | | | |
| | OE2. Optimizar el impacto de auditorías de la calidad de atención. | Elaboración del Plan Anual de Auditoría de la Calidad de Atención. | Documento técnico | 1 | OGC | | | |
| | | Aprobación del plan anual de auditoría de la calidad de atención. | Resolución Directoral | 1 | OGC | | | |
| | | Actualizar el Comité de Auditoría Médica | Resolución Directoral | 1 | OGC | | | |
| | | Actualizar el Comité de Auditoría en Salud. | Resolución Directoral | 1 | OGC | | | |
| | | Evaluación trimestral y semestral de la ejecución del plan | Informe | 4 | OGC | | | |
| | | Capacitación dirigida al personal asistencial sobre auditoría de la calidad de la atención. | Informe | 1 | OGC | | | |
| | | Auditorías historias clínicas para la evaluación del registro asistencial | Informe | 1 | OGC | | | |
| | | Auditorías de calidad de atención programadas. | Informe | 2 | OGC | | | |
| | | Medición de la adherencia a las Guías de Práctica Clínica y Guías de Procedimientos Asistenciales. | Informe | 2 | OGC | | | |
| | | Consolidado semestral de las auditorías de calidad de la atención | Informe | 2 | OGC | | | |

DOCUMENTO TECNICO: PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD DEL HOSPITAL DE EMERGENCIAS “JOSE CASIMIRO ULLOA” PARA EL AÑO 2025

| Objetivo general | Objetivo específico | Actividad operativa | Unidad de medida | Meta física anual | Responsable | Categoría Presupuestal | Producto | Actividad Presupuestal |
|------------------|--|--|-----------------------|-------------------|-------------------|------------------------|----------|------------------------|
| | | Seguimiento del cumplimiento de las recomendaciones basadas en las auditorias de calidad de la atención programadas. | Informe | 2 | OGC | | | |
| | OE3. Promover atención segura del paciente. | Elaboración del Plan Anual de Seguridad del Paciente | Plan elaborado | 1 | OGC | | | |
| | | Aprobación del Plan Anual de Seguridad del Paciente | Resolución Directoral | 1 | Dirección General | | | |
| | | Conformación y aprobación del Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente 2025 | Resolución Directoral | 1 | Dirección General | | | |
| | | Programación de Rondas de Seguridad | Cronograma | 1 | OGC | | | |
| | | Elaboración del Informe de los resultados de las Rondas de Seguridad del Paciente ejecutadas mensualmente. | Informe | 23 | OGC | | | |
| | | Elaboración del Consolidado trimestral de las Rondas de Seguridad del Paciente ejecutadas y realizar reconocimiento a las buenas practicas | Informe | 4 | OGC | | | |
| | | Elaboración del Seguimiento del cumplimiento de las acciones de mejora de las Rondas de Seguridad del Paciente ejecutadas. | Informe | 2 | OGC | | | |
| | | Elaboración del Informe semestral de la aplicación de la Ronda de Seguridad del Paciente | Informe | 2 | OGC | | | |
| | | Elaboración de la Directiva Sanitaria para el Registro, Notificación y Gestión de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinelas. | Directiva elaborada | 1 | OGC | | | |
| | | Aprobación de la Directiva Sanitaria para el Registro, Notificación y Gestión de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinelas. | Resolución Directoral | 1 | Dirección General | | | |
| | | Capacitación dirigida al personal asistencial, internos y residentes en Notificación de Eventos Adversos y Análisis de Eventos Centinelas | Persona capacitada | 50 | OGC | | | |

DOCUMENTO TECNICO: PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD DEL HOSPITAL DE EMERGENCIAS “JOSE CASIMIRO ULLOA” PARA EL AÑO 2025

| Objetivo general | Objetivo específico | Actividad operativa | Unidad de medida | Meta física anual | Responsable | Categoría Presupuestal | Producto | Actividad Presupuestal |
|------------------|--|---|-----------------------|-------------------|-------------|------------------------|----------|------------------------|
| | | Elaboración del informe trimestral de Consolidado de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinelas | Informe | 4 | OGC | | | |
| | | Monitorización del cumplimiento del Plan de Acción de Eventos Adversos y Eventos Centinelas | Informe | 2 | OGC | | | |
| | | Capacitación en la aplicación y difundir los resultados de la Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía. | Informe | 2 | OGC | | | |
| | | Monitorización de la aplicación de la encuesta para evaluar la implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía | Informe | 2 | OGC | | | |
| | | Desarrollar actividades por el Día Mundial de la Seguridad del Paciente | Informe | 1 | OGC | | | |
| | | Desarrollar actividades por el Día Nacional de la Salud y el Buen Trato al Paciente | Informe | 1 | OGC | | | |
| | | Desarrollar actividades por el Día Mundial de la Higiene de Manos | Informe | 1 | OGC | | | |
| | | Realizar informe semestral de implementación de la lista de verificación de seguridad de la cirugía | Informe | 2 | OGC | | | |
| | OE4. Fortalecer procesos de autoevaluación y logro de acreditación. | Elaboración del plan de autoevaluación | Plan elaborado | 1 | OGC | | | |
| | | Aprobación del plan de autoevaluación | Resolución Directoral | 1 | OGC | | | |
| | | Actualizar y conformación del equipo de evaluadores internos para la autoevaluación | Resolución Directoral | 1 | OGC | | | |
| | | Actualización y conformación del equipo de acreditación del HEJCU | Resolución Directoral | 1 | OGC | | | |
| | | Capacitación dirigida al equipo de evaluadores internos y al equipo de acreditación en norma técnica de acreditación | Acta | 20 | OGC | | | |

DOCUMENTO TECNICO: PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD DEL HOSPITAL DE EMERGENCIAS “JOSE CASIMIRO ULLOA” PARA EL AÑO 2025

| Objetivo general | Objetivo específico | Actividad operativa | Unidad de medida | Meta física anual | Responsable | Categoría Presupuestal | Producto | Actividad Presupuestal |
|------------------|--|---|---|-------------------|-------------------|------------------------|----------|------------------------|
| | | Planificar el proceso de autoevaluación para la acreditación hospitalaria | Informe | 1 | OGC | | | |
| | | Comunicación a la DIRIS del Inicio de la autoevaluación | Oficio | 1 | OGC | | | |
| | | Autoevaluación: Equipo de Autoevaluación y Acreditadores interactuando para evaluar los macroprocesos | Hoja de registro de la evaluación | 21 | OGC | | | |
| | | Presentación del informe técnico de autoevaluación para la acreditación | Informe | 1 | OGC | | | |
| | | Seguimiento del cumplimiento de recomendaciones en base a los resultados del proceso de autoevaluación | Informe | 1 | OGC | | | |
| | | Convocar al personal asistencial a presentar propuestas de investigación sobre eventos adversos, trato humanizado, satisfacción del paciente y auditoría en salud | Memorándum circular | 1 | Dirección General | | | |
| | | Evaluar periódicamente a los servicios que cumplen con indicadores de calidad, brindando conocimientos | Carta de reconocimiento / Resolución Directoral | 3 | Dirección General | | | |
| | OE5. Implementar procesos de mejora continua de la calidad. | Conformar equipos de mejora con resolución directoral | Resolución Directoral | 1 | OGC | | | |
| | | Implementar proyectos y/o acciones de mejora | Informe | 3 | OGC | | | |
| | | Capacitar en proyectos de mejora y/o acciones de mejora dirigido a personal de salud | Persona capacitada | 1 | OGC | | | |
| | | Consolidar y priorizar la problemática institucional en relación con la atención | Informe | 1 | OGC | | | |
| | | Consolidar las principales barreras de acceso a los servicios de salud de los usuarios | Informe | 1 | OGC | | | |
| | | Monitorizar el avance de proyectos de mejora por etapas y temáticas | Informe | 2 | OGC | | | |
| | | Realizar concurso de buenas practicas | Bases del concurso | 1 | OGC | | | |

DOCUMENTO TECNICO: PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD DEL HOSPITAL DE EMERGENCIAS “JOSE CASIMIRO ULLOA” PARA EL AÑO 2025

| Objetivo general | Objetivo específico | Actividad operativa | Unidad de medida | Meta física anual | Responsable | Categoría Presupuestal | Producto | Actividad Presupuestal |
|-----------------------------|---|---|--------------------|-------------------|-------------|------------------------|----------|------------------------|
| | OE6. Promover la satisfacción del usuario. | Atención continua en plataforma de atención al usuario | Reporte | 365 | OGC | | | |
| | | Análisis de información de atención al usuario | Informe | 12 | OGC | | | |
| | | Elaboración de reporte de reclamos consignados en el libro de reclamaciones en salud | Informe | 12 | OGC | | | |
| | | Capacitación sobre deberes y derechos del paciente y el proceso de atención de reclamos | Persona capacitada | 50 | OGC | | | |
| | | Medición de satisfacción del usuario en hospitalización | Informe | 12 | OGC | | | |
| TOTAL, METAS FISICAS | | | | 638 | | | | |

Elaboración propia de la OGC

DOCUMENTO TECNICO: PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD DEL HOSPITAL DE EMERGENCIAS “JOSE CASIMIRO ULLOA” PARA EL AÑO 2025

6.4.2 Costeo de las Actividades por tarea:

Se financia con presupuesto asignado a la Oficina de Gestión de la Calidad en la fuente Recursos Ordinarios y de acuerdo a disponibilidad presupuestal.

6.4.3 Cronograma de actividades

TABLA 8: CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

| Estructura Programática Operativa | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|-----------------------|-------------------------------|---------|----------|---------|-------------------|---|----------|----------|----------|--------------|----------|-------------|-----|
| Objetivo específico | Actividad operativa | Unidad de medida | Programación de Metas Físicas | | | | | Estructura Programática del Presupuesto | | | | | | Responsable | |
| | | | I Trim | II Trim | III Trim | IV Trim | Meta Física Anual | I Trim | II Trim | III Trim | IV Trim | Costo por OE | Costo | | |
| Fortalecimiento del sistema de gestión de la calidad. | Elaborar Plan de Gestión de la Calidad | Resolución Directoral | x | | | | 1 | S/. 0.00 | | | | | S/. 0.00 | S/. 0.00 | OGC |
| | Remitir Plan de Gestión de la Calidad de DIRIS LC | Oficio | | x | | | 1 | | S/. 0.00 | | | | S/. 0.00 | | OGC |
| | Evaluar de forma semestral el cumplimiento del plan anual de gestión de la calidad y remitir a la DIRIS LC | Informe | | | x | x | 2 | | | S/. 0.00 | S/. 0.00 | | S/. 0.00 | | OGC |
| Optimizar el impacto de auditorías de la calidad de atención. | Elaboración del Plan Anual de Auditoría de la Calidad de Atención. | Documento técnico | x | | | | 1 | S/. 0.00 | | | | | S/. 0.00 | S/. 0.00 | OGC |
| | Aprobación del plan anual de auditoría de la calidad de atención. | Resolución Directoral | x | | | | 1 | S/. 0.00 | | | | | S/. 0.00 | | OGC |
| | Actualizar el Comité de Auditoría Médica | Resolución Directoral | x | | | | 1 | S/. 0.00 | | | | | S/. 0.00 | | OGC |
| | Actualizar el Comité de Auditoría en Salud. | Resolución Directoral | x | | | | 1 | S/. 0.00 | | | | | S/. 0.00 | | OGC |
| | Evaluación trimestral y semestral de la ejecución del plan | Informe | x | x | x | x | 4 | S/. 0.00 | S/. 0.00 | S/. 0.00 | S/. 0.00 | | S/. 0.00 | | OGC |
| | Capacitación dirigida al personal asistencial sobre auditoría de la calidad de la atención. | Informe | | | x | | 1 | | | S/. 0.00 | | | S/. 0.00 | | OGC |
| | Auditorías historias clínicas para la evaluación del registro asistencial | Informe | | x | | x | 1 | | S/. 0.00 | | S/. 0.00 | | S/. 0.00 | | OGC |
| | Auditorías de calidad de atención programadas. | Informe | | x | | x | 2 | | S/. 0.00 | | S/. 0.00 | | S/. 0.00 | | OGC |
| | Medición de la adherencia a las Guías de Práctica Clínica y Guías de Procedimientos Asistenciales. | Informe | | x | | x | 2 | | S/. 0.00 | | S/. 0.00 | | S/. 0.00 | | OGC |
| | Consolidado semestral de las auditorías de calidad de la atención | Informe | | x | | x | 2 | | S/. 0.00 | | S/. 0.00 | | S/. 0.00 | | OGC |

DOCUMENTO TECNICO: PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD DEL HOSPITAL DE EMERGENCIAS “JOSE CASIMIRO ULLOA” PARA EL AÑO 2025

| Estructura Programática Operativa | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|-----------------------|-------------------------------|---------|----------|---------|-------------------|---|----------|----------|----------|--------------|-------------|-------------------|
| Objetivo específico | Actividad operativa | Unidad de medida | Programación de Metas Físicas | | | | | Estructura Programática del Presupuesto | | | | | Responsable | |
| | | | I Trim | II Trim | III Trim | IV Trim | Meta Física Anual | I Trim | II Trim | III Trim | IV Trim | Costo por OE | | Costo |
| | Seguimiento del cumplimiento de las recomendaciones basadas en las auditorias de calidad de la atención programadas. | Informe | | x | | x | 2 | | S/. 0.00 | | | S/. 0.00 | | OGC |
| Promover atención segura del paciente. | Elaboración del Plan Anual de Seguridad del Paciente | Plan elaborado | | x | | | 1 | | S/. 0.00 | | | S/. 0.00 | S/. 0.00 | OGC |
| | Aprobación del Plan Anual de Seguridad del Paciente | Resolución Directoral | | x | | | 1 | | S/. 0.00 | | | S/. 0.00 | | Dirección General |
| | Conformación y aprobación del Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente 2025 | Resolución Directoral | x | | | | 1 | S/. 0.00 | | | | S/. 0.00 | | Dirección General |
| | Programación de Rondas de Seguridad | Cronograma | x | | | | 1 | S/. 0.00 | | | | S/. 0.00 | | OGC |
| | Elaboración del Informe de los resultados de las Rondas de Seguridad del Paciente ejecutadas mensualmente. | Informe | x | x | x | x | 23 | S/. 0.00 | S/. 0.00 | S/. 0.00 | S/. 0.00 | S/. 0.00 | | OGC |
| | Elaboración del Consolidado trimestral de las Rondas de Seguridad del Paciente ejecutadas y realizar reconocimiento a las buenas practicas | Informe | x | x | x | x | 4 | S/. 0.00 | S/. 0.00 | S/. 0.00 | S/. 0.00 | S/. 0.00 | | OGC |
| | Elaboración del Seguimiento del cumplimiento de las acciones de mejora de las Rondas de Seguridad del Paciente ejecutadas. | Informe | | x | | x | 2 | | S/. 0.00 | | | S/. 0.00 | | OGC |
| | Elaboración del Informe semestral de la aplicación de la Ronda de Seguridad del Paciente | Informe | | x | | x | 2 | | S/. 0.00 | | | S/. 0.00 | | OGC |
| | Elaboración de la Directiva Sanitaria para el Registro, Notificación y Gestión de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinelas. | Directiva elaborada | x | | | | 1 | S/. 0.00 | | | | S/. 0.00 | | OGC |
| | Aprobación de la Directiva Sanitaria para el Registro, Notificación y Gestión de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinelas. | Resolución Directoral | | x | | | 1 | | S/. 0.00 | | | S/. 0.00 | | Dirección General |
| | Capacitación dirigida al personal asistencial, internos y residentes en Notificación de Eventos Adversos y Análisis de Eventos Centinelas | Persona capacitada | x | x | x | x | 50 | S/. 0.00 | S/. 0.00 | S/. 0.00 | S/. 0.00 | S/. 0.00 | | OGC |

DOCUMENTO TECNICO: PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD DEL HOSPITAL DE EMERGENCIAS “JOSE CASIMIRO ULLOA” PARA EL AÑO 2025

| Estructura Programática Operativa | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|-----------------------|-------------------------------|---------|----------|---------|-------------------|---|----------|----------|----------|--------------|-------------|---|
| Objetivo específico | Actividad operativa | Unidad de medida | Programación de Metas Físicas | | | | | Estructura Programática del Presupuesto | | | | | Responsable | |
| | | | I Trim | II Trim | III Trim | IV Trim | Meta Física Anual | I Trim | II Trim | III Trim | IV Trim | Costo por OE | | Costo |
| | Elaboración del informe trimestral de Consolidado de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinelas | Informe | x | x | x | x | 4 | S/. 0.00 | S/. 0.00 | S/. 0.00 | S/. 0.00 | S/. 0.00 | | OGC |
| | Monitorización del cumplimiento del Plan de Acción de Eventos Adversos y Eventos Centinelas | Informe | | x | | x | 2 | | S/. 0.00 | | S/. 0.00 | S/. 0.00 | | OGC |
| | Capacitación en la aplicación y difundir los resultados de la Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía. | Informe | | x | | x | 2 | | S/. 0.00 | | S/. 0.00 | S/. 0.00 | | OGC |
| | Monitorización de la aplicación de la encuesta para evaluar la implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía | Informe | | x | | x | 2 | | S/. 0.00 | | S/. 0.00 | S/. 0.00 | | OGC |
| | Desarrollar actividades por el Día Mundial de la Seguridad del Paciente | Informe | | | x | | 1 | | | S/. 0.00 | | S/. 0.00 | | OGC |
| | Desarrollar actividades por el Día Nacional de la Salud y el Buen Trato al Paciente | Informe | | | x | | 1 | | | S/. 0.00 | | S/. 0.00 | | OGC |
| | Desarrollar actividades por el Día Mundial de la Higiene de Manos | Informe | | x | | | 1 | | S/. 0.00 | | | S/. 0.00 | | OGC |
| | Realizar informe trimestral y anual de monitoreo, supervisión y evaluación de la adherencia a la higiene de manos | Informe | x | x | x | x | 4 | S/. 0.00 | S/. 0.00 | S/. 0.00 | S/. 0.00 | S/. 0.00 | | Oficia de Epidemiología y Salud Ambiental |
| | Realizar informe semestral de implementación de la lista de verificación de seguridad de la cirugía | Informe | | x | | x | 2 | | S/. 0.00 | | S/. 0.00 | S/. 0.00 | | OGC |
| Fortalecer procesos de autoevaluación y logro de acreditación. | Elaboración del plan de autoevaluación | Plan elaborado | x | | | | 1 | S/. 0.00 | | | | S/. 0.00 | | OGC |
| | Aprobación del plan de autoevaluación | Resolución Directoral | x | | | | 1 | S/. 0.00 | | | | S/. 0.00 | S/. 0.00 | OGC |
| | Actualizar y conformación del equipo de evaluadores internos para la autoevaluación | Resolución Directoral | x | | | | 1 | | | | | S/. 0.00 | S/. 0.00 | OGC |

DOCUMENTO TECNICO: PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD DEL HOSPITAL DE EMERGENCIAS “JOSE CASIMIRO ULLOA” PARA EL AÑO 2025

| Estructura Programática Operativa | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|-----------------------------------|-------------------------------|---------|----------|---------|-------------------|---|---------|----------|---------|--------------|-------------|-------|
| Objetivo específico | Actividad operativa | Unidad de medida | Programación de Metas Físicas | | | | | Estructura Programática del Presupuesto | | | | | Responsable | |
| | | | I Trim | II Trim | III Trim | IV Trim | Meta Física Anual | I Trim | II Trim | III Trim | IV Trim | Costo por OE | | Costo |
| | Actualización y conformación del equipo de acreditación del HEJCU | Resolución Directoral | x | | | | 1 | | | | | S/. 0.00 | | OGC |
| | Capacitación dirigida al equipo de evaluadores internos y al equipo de acreditación en norma técnica de acreditación | Acta | x | | | | 20 | | | | | S/. 0.00 | | OGC |
| | Planificar el proceso de autoevaluación para la acreditación hospitalaria | Informe | x | | | | 1 | | | | | S/. 0.00 | | OGC |
| | Comunicación a la DIRIS del Inicio de la autoevaluación | Oficio | x | | | | 1 | | | | | S/. 0.00 | | OGC |
| | Autoevaluación: Equipo de Autoevaluación y Acreditadores interactuando para evaluar los macroprocesos | Hoja de registro de la evaluación | x | | | | 21 | | | | | S/. 0.00 | | OGC |
| | Presentación del informe técnico de autoevaluación para la acreditación | Informe | | x | | | 1 | | | | | S/. 0.00 | | OGC |
| | Seguimiento del cumplimiento de recomendaciones en base a los resultados del proceso de autoevaluación | Informe | | x | x | x | 3 | | | | | S/. 0.00 | | OGC |
| Implementar procesos de mejora continua de la calidad. | Conformar equipos de mejora con resolución directoral | Resolución Directoral | | x | x | | 1 | | | | | S/. 0.00 | S/. 0.00 | OGC |
| | Implementar proyectos y/o acciones de mejora | Informe | | x | x | x | 3 | | | | | S/. 0.00 | | OGC |
| | Capacitar en proyectos de mejora y/o acciones de mejora dirigido a personal de salud | Persona capacitada | x | x | x | x | 1 | | | | | S/. 0.00 | | OGC |
| | Consolidar y priorizar la problemática institucional en relación con la atención | Informe | | x | | | 1 | | | | | S/. 0.00 | | OGC |
| | Consolidar las principales barreras de acceso a los servicios de salud de los usuarios | Informe | | | x | | 1 | | | | | S/. 0.00 | | OGC |
| | Monitorizar el avance de proyectos de mejora por etapas y temáticas | Informe | | x | | x | 2 | | | | | S/. 0.00 | | OGC |
| | Realizar concurso de buenas practicas | Bases del concurso | | x | | | 1 | | | | | S/. 0.00 | | OGC |

DOCUMENTO TECNICO: PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD DEL HOSPITAL DE EMERGENCIAS “JOSE CASIMIRO ULLOA” PARA EL AÑO 2025

| Estructura Programática Operativa | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------------------|---|---|-------------------------------|---------|----------|---------|-------------------|---|----------|----------|----------|--------------|-------------|-------------------|
| Objetivo específico | Actividad operativa | Unidad de medida | Programación de Metas Físicas | | | | | Estructura Programática del Presupuesto | | | | | Responsable | |
| | | | I Trim | II Trim | III Trim | IV Trim | Meta Física Anual | I Trim | II Trim | III Trim | IV Trim | Costo por OE | | Costo |
| | Convocar al personal asistencial a presentar propuestas de investigación sobre eventos adversos, trato humanizado, satisfacción del paciente y auditoría en salud | Memorándum circular | | | x | | 1 | | | S/. 0.00 | | S/. 0.00 | | Dirección General |
| | Evaluar periódicamente a los servicios que cumplen con indicadores de calidad, brindando conocimientos | Carta de reconocimiento / Resolución Directoral | | | | x | 3 | | | | S/. 0.00 | S/. 0.00 | | Dirección General |
| Promover la satisfacción del usuario. | Atención continua en plataforma de atención al usuario | Reporte | x | x | x | x | 365 | S/. 0.00 | S/. 0.00 | S/. 0.00 | S/. 0.00 | S/. 0.00 | S/. 0.00 | OGC |
| | Análisis de información de atención al usuario | Informe | x | x | x | x | 12 | S/. 0.00 | S/. 0.00 | S/. 0.00 | S/. 0.00 | S/. 0.00 | | OGC |
| | Elaboración de reporte de reclamos consignados en el libro de reclamaciones en salud | Informe | x | x | x | x | 12 | S/. 0.00 | S/. 0.00 | S/. 0.00 | S/. 0.00 | S/. 0.00 | | OGC |
| | Capacitación sobre deberes y derechos del paciente y el proceso de atención de reclamos | Persona capacitada | | x | x | x | 50 | | S/. 0.00 | S/. 0.00 | S/. 0.00 | S/. 0.00 | | OGC |
| | Aplicación de otras encuestas relacionadas a la satisfacción al usuario | Informe | x | x | x | x | 4 | S/. 0.00 | S/. 0.00 | S/. 0.00 | S/. 0.00 | S/. 0.00 | | OGC |
| | Medición de satisfacción del usuario en emergencia | reporte | x | x | x | x | 12 | S/. 0.00 | S/. 0.00 | S/. 0.00 | S/. 0.00 | S/. 0.00 | | OGC |
| | Medición de satisfacción del usuario en hospitalización | reporte | x | x | x | x | 12 | S/. 0.00 | S/. 0.00 | S/. 0.00 | S/. 0.00 | S/. 0.00 | | OGC |
| | Resultados de la encuesta de Satisfacción al Usuario | informe | | | x | | 1 | | | S/. 0.00 | | | | OGC |

Elaboración propia de la OGC

DOCUMENTO TECNICO: PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD DEL HOSPITAL DE EMERGENCIAS “JOSE CASIMIRO ULLOA” PARA EL AÑO 2025

6.4.4 Responsables para el desarrollo de cada actividad.

TABLA 9: RESPONSABLES POR ACTIVIDAD.

| Objetivo específico | Actividad operativa | Responsables |
|--|--|---------------------|
| Fortalecimiento del sistema de gestión de la calidad. | Elaborar Plan de Gestión de la Calidad | OGC |
| | Remitir Plan de Gestión de la Calidad de DIRIS LC | OGC |
| | Evaluar de forma semestral el cumplimiento del plan anual de gestión de la calidad y remitir a la DIRIS LC | OGC |
| Optimizar el impacto de auditorías de la calidad de atención. | Elaboración del Plan Anual de Auditoría de la Calidad de Atención. | OGC |
| | Aprobación del plan anual de auditoría de la calidad de atención. | OGC |
| | Actualizar el Comité de Auditoría Médica | OGC |
| | Actualizar el Comité de Auditoría en Salud. | OGC |
| | Evaluación trimestral y semestral de la ejecución del plan | OGC |
| | Capacitación dirigida al personal asistencial sobre auditoría de la calidad de la atención. | OGC |
| | Auditorías historias clínicas para la evaluación del registro asistencial | OGC |
| | Auditorías de calidad de atención programadas. | OGC |
| | Medición de la adherencia a las Guías de Práctica Clínica y Guías de Procedimientos Asistenciales. | OGC |
| | Consolidado semestral de las auditorías de calidad de la atención | OGC |
| Seguimiento del cumplimiento de las recomendaciones basadas en las auditorías de calidad de la atención programadas. | OGC | |
| Promover atención segura del paciente. | Elaboración del Plan Anual de Seguridad del Paciente | OGC |
| | Aprobación del Plan Anual de Seguridad del Paciente | Dirección General |
| | Conformación y aprobación del Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente 2025 | Dirección General |
| | Programación de Rondas de Seguridad | OGC |
| | Elaboración del Informe de los resultados de las Rondas de Seguridad del Paciente ejecutadas mensualmente. | OGC |
| | Elaboración del Consolidado trimestral de las Rondas de Seguridad del Paciente ejecutadas y realizar reconocimiento a las buenas practicas | OGC |
| | Elaboración del Seguimiento del cumplimiento de las acciones de mejora de las Rondas de Seguridad del Paciente ejecutadas. | OGC |
| | Elaboración del Informe semestral de la aplicación de la Ronda de Seguridad del Paciente | OGC |
| | Elaboración de la Directiva Sanitaria para el Registro, Notificación y Gestión de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinelas. | OGC |

DOCUMENTO TECNICO: PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD DEL HOSPITAL DE EMERGENCIAS “JOSE CASIMIRO ULLOA” PARA EL AÑO 2025

| Objetivo específico | Actividad operativa | Responsables |
|--|---|--|
| | Aprobación de la Directiva Sanitaria para el Registro, Notificación y Gestión de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinelas. | Dirección General |
| | Capacitación dirigida al personal asistencial, internos y residentes en Notificación de Eventos Adversos y Análisis de Eventos Centinelas | OGC |
| | Elaboración del informe trimestral de Consolidado de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinelas | OGC |
| | Monitorización del cumplimiento del Plan de Acción de Eventos Adversos y Eventos Centinelas | OGC |
| | Capacitación en la aplicación y difundir los resultados de la Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía. | OGC |
| | Monitorización de la aplicación de la encuesta para evaluar la implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía | OGC |
| | Desarrollar actividades por el Día Mundial de la Seguridad del Paciente | OGC |
| | Desarrollar actividades por el Día Nacional de la Salud y el Buen Trato al Paciente | OGC |
| | Desarrollar actividades por el Día Mundial de la Higiene de Manos | OGC |
| | Realizar informe trimestral y anual de monitoreo, supervisión y evaluación de la adherencia a la higiene de manos | Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental |
| | Realizar informe semestral de implementación de la lista de verificación de seguridad de la cirugía | OGC |
| Fortalecer procesos de autoevaluación y logro de acreditación. | Elaboración del plan de autoevaluación | OGC |
| | Aprobación del plan de autoevaluación | OGC |
| | Actualizar y conformación del equipo de evaluadores internos para la autoevaluación | OGC |
| | Actualización y conformación del equipo de acreditación del HEJCU | OGC |
| | Capacitación dirigida al equipo de evaluadores internos y al equipo de acreditación en norma técnica de acreditación | OGC |
| | Planificar el proceso de autoevaluación para la acreditación hospitalaria | OGC |
| | Comunicación a la DIRIS del Inicio de la autoevaluación | OGC |
| | Autoevaluación: Equipo de Autoevaluación y Acreditadores interactuando para evaluar los macroprocesos | OGC |
| | Presentación del informe técnico de autoevaluación para la acreditación | OGC |

DOCUMENTO TECNICO: PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD DEL HOSPITAL DE EMERGENCIAS “JOSE CASIMIRO ULLOA” PARA EL AÑO 2025

| Objetivo específico | Actividad operativa | Responsables |
|--|---|---------------------|
| | Seguimiento del cumplimiento de recomendaciones en base a los resultados del proceso de autoevaluación | OGC |
| Implementar procesos de mejora continua de la calidad. | Conformar equipos de mejora con resolución directoral | OGC |
| | Implementar proyectos y/o acciones de mejora | OGC |
| | Capacitar en proyectos de mejora y/o acciones de mejora dirigido a personal de salud | OGC |
| | Consolidar y priorizar la problemática institucional en relación con la atención | OGC |
| | Consolidar las principales barreras de acceso a los servicios de salud de los usuarios | OGC |
| | Monitorizar el avance de proyectos de mejora por etapas y temáticas | OGC |
| | Realizar concurso de buenas practicas | OGC |
| | Convocar al personal asistencial a presentar propuestas de investigación sobre eventos adversos, trato humanizado, satisfacción del paciente y auditoria en salud | Dirección General |
| | Evaluar periódicamente a los servicios que cumplen con indicadores de calidad, brindando conocimientos | Dirección General |
| Promover la satisfacción del usuario. | Atención continua en plataforma de atención al usuario | OGC |
| | Análisis de información de atención al usuario | OGC |
| | Elaboración de reporte de reclamos consignados en el libro de reclamaciones en salud | OGC |
| | Capacitación sobre deberes y derechos del paciente y el proceso de atención de reclamos | OGC |
| | Aplicación de otras encuestas relacionadas a la satisfacción al usuario | OGC |
| | Medición de satisfacción del usuario en emergencia | OGC |
| | Medición de satisfacción del usuario en hospitalización | OGC |
| | Resultados de la encuesta de Satisfacción al Usuario | OGC |

Elaboración propia de la OGC

DOCUMENTO TECNICO: PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD DEL HOSPITAL DE EMERGENCIAS “JOSE CASIMIRO ULLOA” PARA EL AÑO 2025

6.5 Presupuesto y financiamiento:

Se financia con presupuesto asignado a la Oficina de Gestión de la Calidad en la fuente Recursos Ordinarios y de acuerdo a disponibilidad presupuestal.

6.6 Seguimiento del Plan Especifico

El seguimiento del presente plan estará a cargo de la Oficina de Gestión de la Calidad.

6.7 Indicadores por objetivo general y específicos

TABLA 10: INDICADORES POR OBJETIVOS GENERAL Y ESPECÍFICO PRIORIZADO

| Objetivo Especifico | Indicador | Formula | Meta | Periodicidad | Responsable |
|--|---|--|-------------|---------------------|--------------------|
| OE1. Fortalecimiento del sistema de gestión de la calidad. | Porcentaje de cumplimiento del Plan de Gestión de la Calidad | $\frac{\text{Nro de actividades programadas y ejecutadas en el periodo evaluado}}{\text{Total de actividades programadas en el periodo evaluado}} \times 100$ | 100% | Semestral | OGC |
| OE2. Optimizar el impacto de auditorías de la calidad de atención. | Porcentaje de cumplimiento del plan de auditoría de la calidad de atención | $\frac{\text{Nro de actividades programadas y ejecutadas en el periodo evaluado}}{\text{Total de actividades programadas en el periodo evaluado}} \times 100$ | ≥85% | Anual | OGC |
| OE3. Promover atención segura del paciente. | Porcentaje promedio de cumplimiento de buenas prácticas en la atención de salud | $\frac{\text{Suma de puntajes obtenidos en las rondas de seguridad en un determinado periodo}}{\text{Total de rondas ejecutadas en ese mismo periodo}} \times 100$ | ≥70% | Semestral | OGC |
| | Porcentaje de eventos adversos analizados | $\frac{\text{Nro de eventos adversos analizados}}{\text{Total de eventos adversos reportados}} \times 100$ | >60% | Semestral | OGC |

DOCUMENTO TECNICO: PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD DEL HOSPITAL DE EMERGENCIAS “JOSE CASIMIRO ULLOA” PARA EL AÑO 2025

| | | | | | |
|---|--|---|-------|-----------|-----|
| OE4. Fortalecer procesos de autoevaluación y logro de acreditación. | Porcentaje de cumplimiento de criterios de acreditación | $\frac{\text{Suma de porcentajes obtenidos por macroprocesos evaluados}}{\text{Nro de macroprocesos evaluados}} \times 100$ | ≥85% | Anual | OGC |
| OE5. Implementar procesos de mejora continua de la calidad. | Porcentaje de implementación de proyectos de mejora continua | $\frac{\text{Número de proyectos de mejora implementados}}{\text{Número total de proyectos de mejora planificados}} \times 100$ | ≥50% | Anual | OGC |
| OE6. Promover la satisfacción del usuario. | Índice de insatisfacción del usuario externo | $\frac{\text{Nº de preguntas con respuesta que denotan insatisfacción}}{\text{Total de preguntas realizadas a los encuestados}} \times 100$ | < 20% | Anual | OGC |
| | Índice de Reclamos por Área | $\frac{\text{Nro de reclamos en el área durante un periodo}}{\text{Nro total de atenciones en el área durante el periodo evuado}} \times 100$ | < 3% | Semestral | OGC |
| | Porcentaje de reclamos fundados | $\frac{\text{Nº de reclamos fundados}}{\text{Total de reclamos registrados}} \times 100$ | <2% | Mensual | OGC |

DOCUMENTO TECNICO: PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD DEL HOSPITAL DE EMERGENCIAS “JOSE CASIMIRO ULLOA” PARA EL AÑO 2025

6.8 Evaluación del Plan Específico.

La evaluación del presente plan estará a cargo de la Oficina de Gestión de la Calidad.

VII. RESPONSABILIDADES

La ejecución del presente plan es de responsabilidad de las área involucradas en el desarrollo de actividades que se indican en la tabla 09 del presente, y el monitoreo, seguimiento, evaluación y recomendaciones quedan a cargo de la Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa.

DOCUMENTO TECNICO: PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD DEL HOSPITAL DE EMERGENCIAS “JOSE CASIMIRO ULLOA” PARA EL AÑO 2025

VIII. ANEXOS

8.1 Fichas de indicadores

Tabla 11: Ficha de indicador: Porcentaje del Plan de Gestión de la Calidad

| | | |
|--|---|------|
| NOMBRE DEL INDICADOR | Porcentaje de cumplimiento del Plan de Gestión de la Calidad | |
| TIPO DE INDICADOR | Eficacia | |
| OBJETIVO | Medir el grado de cumplimiento de las actividades programadas en el plan de Gestión de la Calidad del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa | |
| DEFINICION | Es la relación entre el número de actividades, acciones o metas del Plan de Gestión de la Calidad que se han cumplido y el total de actividades, acciones o metas programadas en dicho plan, expresada en porcentaje. | |
| UTILIDAD | Fundamental para la mejora continua, ya que proporciona información sobre el desempeño de la calidad en la organización y ayuda a identificar áreas de mejora. | |
| FÓRMULA DEL INDICADOR | $\frac{\text{Nro de actividades programadas y ejecutadas en el periodo evaluado}}{\text{Total de actividades programadas en el periodo evaluado}} \times 100$ | |
| PERIODICIDAD | Semestral | |
| VALOR DE BASE | Año | UM |
| | 2024 | 100% |
| VALOR ESTANDAR | 100% | |
| VALOR ESPERADO | 100% | |
| VALOR UMBRAL | 100% | |
| FRECUENCIA DE MEDICIÓN | Semestral | |
| FUENTE DE DATOS | Base de datos Oficina de Gestión de la Calidad | |
| ÁREA RESPONSABLE TÉCNICA | Oficina de Gestión Clínica | |
| ÓRGANO RESPONSABLE DE INFORMACIÓN | Oficina de Gestión Clínica | |
| PRECISIONES TÉCNICA | Ninguna | |

DOCUMENTO TECNICO: PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD DEL HOSPITAL DE EMERGENCIAS “JOSE CASIMIRO ULLOA” PARA EL AÑO 2025

Tabla 12: Ficha de indicador: Porcentaje de cumplimiento del plan de auditoría de la calidad de atención

| | | |
|--|--|------|
| NOMBRE DEL INDICADOR | Porcentaje de cumplimiento del plan de auditoría de la calidad de atención | |
| TIPO DE INDICADOR | Eficacia | |
| OBJETIVO | Medir el grado de cumplimiento de las actividades programadas en el plan de auditoría de la calidad de atención del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa | |
| DEFINICION | Es la relación entre el número de actividades, acciones o metas del Plan de auditoría de calidad de atención que se han cumplido y el total de actividades, acciones o metas programadas en dicho plan, expresada en porcentaje. | |
| UTILIDAD | Fundamental para la mejora continua, ya que proporciona información sobre el desempeño de la calidad en la organización y ayuda a identificar áreas de mejora. | |
| FÓRMULA DEL INDICADOR | $\frac{\text{Nro de actividades programadas y ejecutadas en el periodo evaluado}}{\text{Total de actividades programadas en el periodo evaluado}} \times 100$ | |
| PERIODICIDAD | Semestral | |
| VALOR DE BASE | Año | UM |
| | 2024 | 100% |
| VALOR ESTANDAR | 100% | |
| VALOR ESPERADO | 100% | |
| VALOR UMBRAL | 100% | |
| FRECUENCIA DE MEDICIÓN | Semestral | |
| FUENTE DE DATOS | Base de datos Oficina de Gestión de la Calidad | |
| ÁREA RESPONSABLE TÉCNICA | Oficina de Gestión Clínica | |
| ÓRGANO RESPONSABLE DE INFORMACIÓN | Oficina de Gestión Clínica | |
| PRECISIONES TÉCNICA | Ninguna | |

DOCUMENTO TECNICO: PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD DEL HOSPITAL DE EMERGENCIAS “JOSE CASIMIRO ULLOA” PARA EL AÑO 2025

Tabla 13: Ficha de indicador. Porcentaje promedio de cumplimiento de buenas prácticas en la atención de salud.

| | | |
|--|---|-----|
| NOMBRE DEL INDICADOR | Porcentaje promedio de cumplimiento de buenas prácticas en la atención de salud | |
| TIPO DE INDICADOR | Eficacia | |
| OBJETIVO | Evaluar y monitorear la calidad de la atención en salud proporcionada en por el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa. Este indicador permite determinar en qué medida la institución y los profesionales médicos están aplicando las buenas prácticas establecidas, que son directrices basadas en evidencia diseñadas para mejorar la atención al paciente y los resultados de salud. | |
| DEFINICION | Es la relación entre la suma de puntajes obtenidos en las rondas de seguridad en un determinado periodo y el total de rondas ejecutadas en ese mismo periodo, expresada en porcentaje. | |
| UTILIDAD | Identificar oportunidades de mejora en la atención de salud y promover el cumplimiento de normativas para la seguridad del paciente. | |
| FÓRMULA DEL INDICADOR | $\frac{\text{Suma de puntajes obtenidos en las rondas de seguridad en un determinado periodo}}{\text{Total de rondas ejecutadas en ese mismo periodo}} \times 100$ | |
| PERIODICIDAD | Semestral | |
| VALOR DE BASE | Año | UM |
| | 2024 | 89% |
| VALOR ESTANDAR | Mayor o igual 70% | |
| VALOR ESPERADO | 100% | |
| VALOR UMBRAL | Menor a 70% | |
| FRECUENCIA DE MEDICIÓN | Semestral | |
| FUENTE DE DATOS | Base de datos Oficina de Gestión de la Calidad | |
| ÁREA RESPONSABLE TÉCNICA | Oficina de Gestión Clínica | |
| ÓRGANO RESPONSABLE DE INFORMACIÓN | Oficina de Gestión Clínica | |
| PRECISIONES TÉCNICA | Ninguna | |

DOCUMENTO TECNICO: PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD DEL HOSPITAL DE EMERGENCIAS “JOSE CASIMIRO ULLOA” PARA EL AÑO 2025

Tabla 14: Ficha de indicador: Porcentaje de eventos adversos analizados

| | | |
|--|---|----|
| NOMBRE DEL INDICADOR | Porcentaje de eventos adversos analizados | |
| TIPO DE INDICADOR | Eficacia | |
| OBJETIVO | Medir y evaluar la efectividad y la eficiencia de los procesos de análisis de eventos adversos. Permite identificar cuántos de los eventos adversos reportados han sido objeto de un análisis detallado, lo que es crucial para mejorar la seguridad del paciente, la calidad de la atención y la gestión de riesgos. | |
| DEFINICION | Es la relación entre la el número de eventos adversos reportados y analizados en un determinado periodo y el total de eventos adversos reportados en ese mismo periodo, expresada en porcentaje. | |
| UTILIDAD | Ayuda a las organizaciones a gestionar la calidad y la seguridad del paciente, facilitando la identificación de problemas y la implementación de soluciones efectivas. | |
| FÓRMULA DEL INDICADOR | $\frac{\text{Nro de eventos adversos analizados}}{\text{Total de eventos adversos reportados}} \times 100$ | |
| PERIODICIDAD | Semestral | |
| VALOR DE BASE | Año | UM |
| | 2024 | 0% |
| VALOR ESTANDAR | Mayor 60% | |
| VALOR ESPERADO | 100% | |
| VALOR UMBRAL | Menor a 60% | |
| FRECUENCIA DE MEDICIÓN | Semestral | |
| FUENTE DE DATOS | Base de datos Oficina de Gestión de la Calidad | |
| ÁREA RESPONSABLE TÉCNICA | Oficina de Gestión Clínica | |
| ÓRGANO RESPONSABLE DE INFORMACIÓN | Oficina de Gestión Clínica | |
| PRECISIONES TÉCNICA | Ninguna | |

DOCUMENTO TECNICO: PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD DEL HOSPITAL DE EMERGENCIAS “JOSE CASIMIRO ULLOA” PARA EL AÑO 2025

Tabla 15: Ficha de Indicador: Porcentaje de cumplimiento de criterios de acreditación

| | | |
|--|--|-----|
| NOMBRE DEL INDICADOR | Porcentaje de cumplimiento de criterios de acreditación | |
| TIPO DE INDICADOR | Eficacia | |
| OBJETIVO | Medir el grado de cumplimiento del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa con respecto a los criterios establecidos por NTS N° 050-MINSA/DGSP-V.02 “Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo”. Este porcentaje proporciona una visión clara de la calidad y la efectividad de los procesos en relación con estándares de excelencia definidos. | |
| DEFINICION | Es la proporción de la suma de porcentajes obtenidos por macroproceso evaluados en comparación con el total de macroprocesos evaluados. Expresado en porcentaje. | |
| UTILIDAD | Ayuda a las instituciones a evaluar y mejorar su calidad, asegurando que cumplan con los estándares requeridos para la acreditación y, por ende, para la confianza de sus usuarios y la sociedad en general. | |
| FÓRMULA DEL INDICADOR | $\frac{\text{Suma de porcentajes obtenidos por macroprocesos evaluados}}{\text{Nro de macroprocesos evaluados}} \times 100$ | |
| PERIODICIDAD | Anual | |
| VALOR DE BASE | Año | UM |
| | 2024 | 94% |
| VALOR ESTANDAR | Mayor a 85% | |
| VALOR ESPERADO | 100% | |
| VALOR UMBRAL | Menor a 85% | |
| FRECUENCIA DE MEDICIÓN | Anual | |
| FUENTE DE DATOS | Base de datos Oficina de Gestión de la Calidad | |
| ÁREA RESPONSABLE TÉCNICA | Oficina de Gestión Clínica | |
| ÓRGANO RESPONSABLE DE INFORMACIÓN | Oficina de Gestión Clínica | |
| PRECISIONES TÉCNICA | Ninguna | |

DOCUMENTO TECNICO: PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD DEL HOSPITAL DE EMERGENCIAS “JOSE CASIMIRO ULLOA” PARA EL AÑO 2025

Tabla 16: Ficha de indicador: Porcentaje de implementación de proyectos de mejora continua

| | | |
|--|---|----|
| NOMBRE DEL INDICADOR | Porcentaje de implementación de proyectos de mejora continua | |
| TIPO DE INDICADOR | Eficacia | |
| OBJETIVO | Medir el grado de avance en la ejecución de proyectos diseñados para optimizar procesos, incrementar la eficiencia y mejorar la calidad dentro del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa. | |
| DEFINICION | Proporción de proyectos de mejora que han sido implementados con éxito respecto al total de proyectos planificados en un período determinado. | |
| UTILIDAD | Permite evaluar el compromiso del Hospital con la mejora continua y el impacto de las iniciativas en el rendimiento general. | |
| FÓRMULA DEL INDICADOR | $\frac{\text{Número de proyectos de mejora implementados}}{\text{Número total de proyectos de mejora planificados}} \times 100$ | |
| PERIODICIDAD | Anual | |
| VALOR DE BASE | Año | UM |
| | 2024 | 0% |
| VALOR ESTANDAR | Mayor a 50% | |
| VALOR ESPERADO | 100% | |
| VALOR UMBRAL | Menor a 50% | |
| FRECUENCIA DE MEDICIÓN | Anual | |
| FUENTE DE DATOS | Base de datos Oficina de Gestión de la Calidad | |
| ÁREA RESPONSABLE TÉCNICA | Oficina de Gestión Clínica | |
| ÓRGANO RESPONSABLE DE INFORMACIÓN | Oficina de Gestión Clínica | |
| PRECISIONES TÉCNICA | Ninguna | |

DOCUMENTO TECNICO: PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD DEL HOSPITAL DE EMERGENCIAS “JOSE CASIMIRO ULLOA” PARA EL AÑO 2025

Tabla 17: Ficha de indicador: Índice de insatisfacción del usuario externo

| | | |
|--|--|----|
| NOMBRE DEL INDICADOR | Índice de insatisfacción del usuario externo | |
| TIPO DE INDICADOR | Calidad | |
| OBJETIVO | Medir y evaluar el nivel de descontento o insatisfacción que tienen los usuarios o clientes externos respecto a los servicios que brinda el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa. | |
| DEFINICION | Cuantifica el grado de insatisfacción de los usuarios externos mediante la recopilación y análisis de datos obtenidos a través de encuestas. Expresado en porcentaje. | |
| UTILIDAD | Este indicador busca identificar áreas de mejora y oportunidades para optimizar la experiencia del cliente, así como para aumentar la satisfacción de los usuarios. | |
| FÓRMULA DEL INDICADOR | $\frac{\text{N}^\circ \text{ de preguntas con respuesta que denotan insatisfacción}}{\text{Total de preguntas realizadas a los encuestados}} \times 100$ | |
| PERIODICIDAD | Semestral | |
| VALOR DE BASE | Año | UM |
| | 2024 | 5% |
| VALOR ESTANDAR | Menor a 40% | |
| VALOR ESPERADO | Menor a 10% | |
| VALOR UMBRAL | Mayor a 40% | |
| FRECUENCIA DE MEDICIÓN | Semestral | |
| FUENTE DE DATOS | Base de datos Oficina de Gestión de la Calidad | |
| ÁREA RESPONSABLE TÉCNICA | Oficina de Gestión Clínica | |
| ÓRGANO RESPONSABLE DE INFORMACIÓN | Oficina de Gestión Clínica | |
| PRECISIONES TÉCNICA | Ninguna | |

DOCUMENTO TECNICO: PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD DEL HOSPITAL DE EMERGENCIAS “JOSE CASIMIRO ULLOA” PARA EL AÑO 2025

Tabla 18: Ficha de indicador: Índice de Reclamos por Área

| | | |
|--|--|-------|
| NOMBRE DEL INDICADOR | Índice de Reclamos por Área | |
| TIPO DE INDICADOR | Cuantitativo | |
| OBJETIVO | Evaluar la calidad del servicio brindado en distintas áreas del hospital y detectar posibles deficiencias en la atención al paciente. Además, busca fomentar la mejora continua en los procesos y asegurar la satisfacción del paciente. | |
| DEFINICION | Número total de reclamos recibidos por área específica del hospital (por ejemplo, urgencias, pediatría, cirugía, etc.) dividido por el número total de atenciones prestadas en esa área durante un período determinado, multiplicado por 100 para obtener un porcentaje. | |
| UTILIDAD | Permite evaluar y mejorar la calidad de los servicios en un hospital, asegurando que se brinde una atención adecuada y satisfactoria a los pacientes. | |
| FÓRMULA DEL INDICADOR | $\frac{\text{Nro de reclamos en el área durante un periodo}}{\text{Nro total de atenciones en el área durante el periodo evuado}} \times 100$ | |
| PERIODICIDAD | Semestral | |
| VALOR DE BASE | Año | UM |
| | 2024 | ----- |
| VALOR ESTANDAR | Menor a 3% | |
| VALOR ESPERADO | Menor a 3% | |
| VALOR UMBRAL | Mayor a 3% | |
| FRECUENCIA DE MEDICIÓN | Semestral | |
| FUENTE DE DATOS | Base de datos Oficina de Gestión de la Calidad | |
| ÁREA RESPONSABLE TÉCNICA | Oficina de Gestión Clínica | |
| ÓRGANO RESPONSABLE DE INFORMACIÓN | Oficina de Gestión Clínica | |
| PRECISIONES TÉCNICA | Ninguna | |

DOCUMENTO TECNICO: PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD DEL HOSPITAL DE EMERGENCIAS “JOSE CASIMIRO ULLOA” PARA EL AÑO 2025

Tabla 19: Ficha de indicador: Porcentaje de reclamos fundados

| | | |
|--|--|------|
| NOMBRE DEL INDICADOR | Porcentaje de reclamos fundados | |
| TIPO DE INDICADOR | Calidad | |
| OBJETIVO | Evaluar la calidad del servicio brindado en distintas áreas del hospital y detectar posibles deficiencias en la atención al paciente. Además, busca fomentar la mejora continua en los procesos y asegurar la satisfacción del paciente. | |
| DEFINICION | Es un indicador que refleja el porcentaje de casos en los que, tras una revisión del reclamo presentado por un usuario, se determina que efectivamente el cliente tiene razón en su reclamo. Este indicador se calcula dividiendo el número de reclamos fundados entre el total de reclamos recibidos, y luego multiplicando por 100 para obtener un porcentaje. | |
| UTILIDAD | Permite evaluar la calidad de los servicios que brinda el hospital y la eficacia de sus procesos de resolución de problemas. | |
| FÓRMULA DEL INDICADOR | $\frac{N^{\circ} \text{ de reclamos fundados}}{\text{Total de reclamos registrados}} \times 100$ | |
| PERIODICIDAD | Mensual | |
| VALOR DE BASE | Año | UM |
| | 2024 | 5.5% |
| VALOR ESTANDAR | Menor a 2% | |
| VALOR ESPERADO | Menor a 2% | |
| VALOR UMBRAL | Mayor a 2% | |
| FRECUENCIA DE MEDICIÓN | Semestral | |
| FUENTE DE DATOS | Base de datos Oficina de Gestión de la Calidad | |
| ÁREA RESPONSABLE TÉCNICA | Oficina de Gestión Clínica | |
| ÓRGANO RESPONSABLE DE INFORMACIÓN | Oficina de Gestión Clínica | |
| PRECISIONES TÉCNICA | Ninguna | |

IX. BIBLIOGRAFIA

- Propuestas de la SECA para la recuperación del Sistema Nacional de Salud tras la pandemia por SARS-CoV-2. 2020. Disponible en: <https://www.elsevier.es/en-revista-journal-healthcare-quality-research-257-articulo-propuestas-seca-recuperacion-del-sistema-S2603647920301032>.
- COVID-19: patient safety and quality improvement skills to deploy during the surge. International Journal for Quality in Health Care, 2021, 33(1), 1-3. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32400870/>
- Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud 2010. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2010. (Consultado 21 Junio2011). Disponible en: <http://www.mspsi.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/pncalidad/PlanCalidad2010.pdf>
- Batussen R, Yes Y, Hadad S, Sauerborn R. Perceived Quality of Care of Cordero Espinoza y cols. Comparación de la calidad de servicio de los servicios de Urgencia de los hospitales de Talca, Curico y Linares.
- Clínica Alberto Sabogal Sologuren: “Calidad en Servicios de Salud. Experiencia en la Implementación de Círculos de Calidad” Callao, 1996.
- Dirección General de Salud de las Personas. Dirección Ejecutiva de Servicios de Salud del Ministerio de Salud. Guía para la Aplicación del Manual de Acreditación de Hospitales. (1996). Kit Sadgrove.
- Diprete Brown: Millar, Lynne, Rajeh, Nadwa, Hatzell Theresa. Garantía de calidad en la atención de salud en los países en desarrollo. Proyecto de Garantía de Calidad.
- Donabedian, Avedis (1996) “The effectiveness of quality assurance” International Journal for Quality in Health Care Vol. 8 N° 4 pp 401-407.
- Donabedian, Avedis (1990) Garantía y monitoreo de la calidad de la atención médica: en texto introductorio. Instituto Nacional de Salud Pública. México.
- Donabedian, Avedis (1990a) “La dimensión internacional de la evaluación y garantía de la calidad. Salud Pública de México – marzo – abril 1990. Vol. 32 N° 2.
- Donabedian, Avedis (1990b) “The seven pillars of quality” Arch Pathol Lab. Med. 1990; 114: 1115-8 Artículo traducido aparecido en la revista de Calidad Asistencial Suplemento N°1, 2001, Vol. 16.
- Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente” del Ministerio de la Protección Social de Colombia. Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente en la Atención en Salud.
- Bogota-Nov-2009. Gea María Teresa y cols Opinión de los usuarios sobre la calidad del servicio de urgencias-Hospital Virgen de las Nieves-Granada-España1998.
- Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente” del Ministerio de la Protección Social de Colombia. Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente en la Atención en Salud. Bogota-Nov-2009.
- Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente” del Ministerio de la Protección Social de Colombia. Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente en la Atención en Salud. Bogota-Nov-2009.
- Gestión de la Calidad y el conocimiento en los servicios. RR. Gonzalez 2020. Cuba.
- Calidad de Atención y satisfacción de usuarios de consultorio Covid-19 Hospital Regional del Sur FAP, Arequipa-2021.