

# Hospital de Emergencias “José Casimiro Ulloa”



## Plan Operativo Anual de Gestión de la Calidad en Salud del HEJCU



**Oficina de Gestión de la Calidad**  
**2019**



## ÍNDICE

	Página:
I. INTRODUCCIÓN .....	3
II. FINALIDAD .....	4
III. OBJETIVOS .....	4
IV. BASE LEGAL .....	4
V. AMBITO DE APLICACIÓN .....	6
VI. CONTENIDO .....	6
VII. RESPONSABILIDADES.....	7
VIII. ANEXOS.....	8
IX. BIBLIOGRAFIA.....	10





## PLAN OPERATIVO ANUAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD.

### I. INTRODUCCIÓN

En los últimos años se han venido desarrollando diversos esfuerzos por el MINSA, en el marco de la Política Nacional de Calidad, para mejorar la calidad en la atención, parte de estas acciones son las relacionadas a establecer las normas y supervisión de los planes de Gestión de la Calidad como asimismo lo que, los planes de Trabajo de Actividades Operativas, de cada establecimiento de salud

En este sentido la satisfacción del paciente constituye uno de los más versátiles indicadores de calidad, por ser una medida de los resultados de la atención y un predictor de la fidelización del cliente. La atención de las urgencias y emergencias sanitarias ocupa un lugar destacado en el sistema de Salud, tanto por el volumen de la demanda como por la trascendencia social de esta actividad.

La percepción de poseer “un buen sistema de urgencias y emergencias, condiciona en gran medida la opinión de los ciudadanos acerca de la calidad de los servicios de salud. Por ello, los servicios de emergencia son objeto de estudio y análisis en todos los países y constituye prioridad para los servicios de salud, por el compromiso vital que puede superar la atención.

La atención a situaciones de emergencia, es prioritario por el crecimiento imparable de la demanda de atención de emergencia, el volumen de recursos que consume y por el nivel de atención que garantiza la continuidad asistencial durante 365 días al año, las 24 horas del día. La Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital de Emergencias “José Casimiro Ulloa”, ha elaborado el presente plan, a fin de desarrollar actividades que tienen como objetivo final brindar servicios con calidad y seguridad a nuestros usuarios de salud.





## II. FINALIDAD

Mejorar la Calidad de Atención y la satisfacción de los usuarios internos y externos del Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa".

## III.- OBJETIVOS

### A.- OBJETIVOS GENERALES

1. Fortalecer el nivel de calidad y oportunidad de las atenciones de emergencia y urgencia elevando el nivel de satisfacción del usuario.
2. Desarrollar una gestión eficaz, actualizable, participativa y con comunicación activa en todos los niveles del hospital.

### B.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Determinar la percepción del usuario sobre los servicios y calidad de atención del hospital.
2. Garantizar la Calidad de la Atención del usuario externo.
3. Implementar el Sistema de Gestión de la Calidad
4. Fortalecer competencias técnicas en gestión de la calidad de los usuarios internos.

### C.- OBJETIVOS ESTRATEGICOS.

#### 1 GESTION DE PROCESOS PARA LA CERTIFICACIÓN /ACREDITACIÓN

- 1.1 Fortalecer competencias en el Proceso de Evaluación Integral de la Calidad para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- 1.2 Fortalecer competencias en Gestión por Procesos y Costos
- 1.3 Desarrollar el Proceso de Acreditación / Certificación Institucional
- 1.4 Contar con Procesos normalizados y eficientes que respondan a las necesidades del usuario externo y acompañante
- 1.5 Contar con Procesos normalizados y eficientes que respondan a las necesidades Institucionales.





- 1.6 Fortalecer competencias en Mejora Continua de la Calidad.  
(Proyectos de MCC).
- 1.7 Promover una Cultura por la Mejora Continua de la Calidad C15:Q15
- 1.8 Optimizar y Mejorar Procesos Críticos (Desarrollo de Proyectos de MCC)
- 1.9 Reducción de Costos de la No Calidad (Reintervenciones/Reprocesos en la Atención/ Judicialización de los Casos/Infracciones al Reglamento de Infracciones y Sanciones de SUSALUD).

## 2 GESTIÓN DE LAS RELACIONES CON EL USUARIO EXTERNO

- 2.1 Fortalecer competencias en Promoción y Protección del Derecho de las Personas
- 2.2 Fortalecer competencias en Humanización de la Atención en Salud y hotelería hospitalaria.
- 2.3 Fortalecer el Sistema de Orientación- Absolución de Reclamos
- 2.4 Supervisar la implementación del Proceso de Promoción y Protección del Derecho que involucre la participación de la Familia y la Comunidad
- 2.5 Gestión para la satisfacción del usuario externo.
- 2.6 Promover la Participación y Corresponsabilidad en el Cuidado de la Salud (Ciudadano, Familia , Comunidad, Actores /Autoridades Locales
- 2.7 Fortalecer la Imagen Institucional del hospital respecto a la Calidad de Atención y el respeto por los Derechos de las Personas.

## 3 GESTIÓN DEL RIESGO Y LAS BUENAS PRÁCTICAS EN SEGURIDAD DEL PACIENTE

- 3.1 Fortalecer competencias en Buenas Prácticas de Atención y Gestión del Riesgo
- 3.2 Fortalecer el Sistema de Registro- Notificación - Análisis y Mejora del Incidente y Evento Adverso
- 3.3 Promover una Cultura basada en el aprendizaje del error - Cultura de Seguridad
- 3.4 Promover Buenas Prácticas de Atención por la Seguridad del Paciente (Objetivos Internacionales en Seguridad del Paciente).





- 3.5 Implementar el Proceso de Aprendizaje del Error  
(Rondas de Seguridad; Identificación-Registro-Notificación-Análisis y Mejora del Incidente y Evento Adverso)
- 3.6 Fortalecer el Proceso de Análisis de los Eventos Centinela (Intervención Contingencial).
- 3.7 Contribuir a la Reducción de Riesgos asociados a la prestación, orientados hacia la Acreditación y Certificación de OODD (Seguimiento a Planes de Mitigación de Riesgos).

#### **4 ORGANIZACIÓN PARA LA CALIDAD Y DERECHOS DE LAS PERSONAS**

- 4.1 Fortalecer la Organización de la Calidad en el MINSA.
- 4.2 Promover condiciones del ambiente de trabajo adecuados para la gestión de la calidad en salud.
- 4.3 Alinear los procesos de gestión de la calidad en salud, a las Políticas y Lineamientos Sectoriales.

#### **5 GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN SANITARIA E INVESTIGACIÓN PARA LA CALIDAD**

- 5.1 Fortalecer el Sistema de Información Gerencial en Gestión de la Calidad en Salud.
- 5.2 Fortalecer el Proceso de Toma de Decisiones en Gestión de la Calidad en Salud, basado en la Información oportuna en el marco de las prioridades sanitarias.
- 5.3 Fortalecer el Sistema de Prevención y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud
- 5.4 Fortalecer la Implementación de prácticas de prevención y control de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud basadas en evidencia.
- 5.5 Fortalecer el Uso adecuado y seguro de medicamentos, antisépticos, desinfectantes, y mezclas parenterales.





#### IV.- BASE LEGAL.-

- Ley N° 26842, Ley General de Salud.
- Ley N° 27815, Ley del Código de Ética de la Función Pública.
- Ley N° 27813, Ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud.
- Ley N° 29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud.
- Decreto Legislativo N° 1161, se aprobó la Ley de Organización y Funciones del Minsa.
- Decreto Legislativo N° 1167, que crea el Instituto de Gestión de los Servicios de Salud.
- Decreto Supremo N° 013-2006-SA, que aprueba el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- Resolución Ministerial N° 456-2006/ MINSa, que aprueba la Norma técnica de Salud para la Acreditación de Establecimiento de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- Resolución Ministerial N° 474 – 2005/ MINSa, que aprueba la Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud, NT N° 029-MINSa/DGSP-V.01 del 23 de junio del 2005.
- Resolución Ministerial N° 640-2006/MINSa Manual para la mejora continua de la calidad.
- Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSa, que aprueba el documento técnico Sistema de Gestión de la Calidad en Salud.
- Resolución Ministerial N° 596-2007/MINSa, Plan Nacional de Gestión de la Calidad en Salud.
- Resolución Ministerial 589-2007/MINSa que aprueba el Plan Nacional Concertado de Salud.
- RM N° 623-2008/ MINSa, "Plan para Estudio de Clima Organizacional."
- Resolución Ministerial N° 676-2006/MINSa que aprueba el Documento Técnico "Plan Nacional para la Seguridad del Paciente 2006 – 2008".
- Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSa, que aprueba la Política Nacional de Calidad en Salud.
- Resolución Ministerial N° 308 – 2010/ MINSa que aprueba la Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía.
- Resolución Ministerial N° 1021-2010/MINSa que aprueba la Guía Técnica de implementación de la Lista de chequeo de cirugía Segura.
- Resolución Ministerial N° 526-2011/MINSa, Aprueba las "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud."
- Resolución Ministerial 076-2014/MINSa que aprueba la Guía Técnica para la Categorización de Establecimientos del Sector Salud.
- Resolución Ministerial 168-2015/MINSa que aprueba "Lineamientos para la Vigilancia Prevención y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud."
- Resolución Ministerial 302-2015/MINSa que aprueba la NTS 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 414-2015/MINSa que aprueba "Metodología para la elaboración de Guías de Práctica Clínica".
- Resolución Ministerial 255-2016 /MINSa. Aprueba la "Guía Técnica para la implementación del Proceso de Higiene de Manos en los establecimientos de salud."





- Resolución Ministerial 255-2016 /MINSA. Aprueba la “Guía Técnica para la implementación del Proceso de Higiene de Manos en los establecimientos de salud.”
- Resolución Secretaría General N° 016-2016 /MINSA, Aprueba la Directiva Administrativa N°006 “Plataforma de Atención al Usuario en el Instituto de Gestión de Servicios de Salud”.
- Resolución Jefatural 393-2016 /IGSS .Aprueba la Directiva Sanitaria N°003- IGSS. Rondas de Seguridad y Gestión del riesgo para la Seguridad del Paciente
- Resolución Jefatural 631-2016 /IGSS .Aprueba la Directiva Sanitaria N°005-IGSS Sistema de Registro y Notificación de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinelas.
- Resolución Ministerial N° 767-2006 /MINSA, Aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital de Emergencias “José Casimiro Ulloa”.
- Resolución Directoral N°295-2017-DG-HEJCU, Aprueba el Manual de Organización y Funciones del HEJCU.
- Resolución Directoral N°161-2016-DG-HEJCU, Aprueba el Manual de Procesos y procedimientos de la Oficina de Gestión de la Calidad.
- Resolución Directoral N°040- 2015- DG-HEJCU, Aprueba el Plan Operativo anual de Gestión de la Calidad.
- Resolución Ministerial N° 502-2016/MINSA, “Norma Técnica de la Auditoría de la Calidad de Atención en Salud”. Vs.02.
- Resolución Ministerial N° 850-2016/MINSA, Aprueba el Documento Normativo “Normas para Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud.”
- Resolución Ministerial N° 214-2018/MINSA, que aprueba la NTS N° 139/2018/DGAIN, Norma Técnica en Salud para la Gestión de la Historia Clínica.
- Resolución Directoral N°037- 2016- DG-HEJCU, Aprueba el Plan Operativo Anual de Gestión de la Calidad y Derecho de las Personas.
- Resolución Directoral N°065- 2017- DG-HEJCU, Aprueba el Plan Operativo Anual de Gestión de la Calidad y Derecho de las Personas
- Resolución Directoral N°024-2018- DG-HEJCU, Aprueba el Plan Operativo Anual de Gestión de la Calidad y Derecho de las Personas.
- Decreto Supremo N°002-2019-SA que aprueba el Reglamento para la Gestión de Reclamos y Denuncias de los Usuarios de las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud-IAFAS, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud-IPRESS y Unidades de Gestión de Instituciones prestadoras de Servicios de Salud-UGIPRESS, públicas, privadas o mixtas.

#### V.- AMBITO DE APLICACIÓN.

El Plan Operativo Anual de Gestión de la Calidad en Salud, es de aplicación a todos los servicios asistenciales y Administrativos del Hospital de Emergencia José Casimiro Ulloa.





## VI.- CONTENIDO.

### 5.1.-LÍNEAS DE ACCIÓN

1. Auditoría.
2. Acreditación.
3. Mejora Continua de la Calidad.
4. Satisfacción del Usuario Externo.
5. Participación Ciudadana.
6. Seguridad del Paciente.

### 5.2.- DIAGNOSTICÓ SITUACIONAL

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 activa del personal directivo, asistencial, técnico y administrativo. Depende del Órgano de Dirección.

#### ANÁLISIS ESTRATÉGICO

a) Realizar análisis FODA

FORTALEZAS	DEBILIDADES
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recursos humanos con experiencia</li> <li>• Existe una Cultura de oportunidad en las dimensiones de valores compartidos y trabajo por la satisfacción del usuario.</li> <li>• Personal con deseos de capacitación.</li> <li>• Contamos con una oficina en el sétimo piso y un módulo de orientación en el primer piso,</li> <li>• Disponemos de cinco Computadoras: 03 Pentium IV, y una Pentium III Estas sirven para soportar el Software de SERQUAL; eventos adversos y Acreditación.</li> <li>• Una impresora láser para tinta negra.y color</li> <li>• Muebles para CPU e impresora en buen estado.</li> <li>• Reuniones de trabajo e informativas mensuales.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mobiliario (sillas, mesas, estantes y repisas) insuficientes.</li> <li>• Falta de programas de capacitación en gestión de la calidad.</li> <li>• Insuficiente personal de apoyo con conocimiento de Gestión de la Calidad.</li> <li>• Falta de Medico Auditor.</li> </ul>





<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apoyo de la mayoría de servicios y departamentos</li> </ul>	
<b>OPORTUNIDADES</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Asistencia técnica del MINSA, DISA, USAID para retroalimentar y seguir en la implementación y mejoras de las normas de calidad.</li> <li>• Apoyo de la Dirección General, Dirección Médica y Dirección Administrativa, para el desarrollo de las actividades de calidad.</li> <li>• Usuarios externos del sector exigen estándares de calidad elevados</li> <li>• Órgano asesor de la Dirección General del HEJCU establecido funcional y orgánicamente por el MINSA.</li> <li>• Personal interesado en mejorar los procesos asistenciales, administrativos y de servicios.</li> <li>• Personal comprometido por el cambio y el mejoramiento.</li> <li>• Gestión de Reclamos para usuarios, como oportunidad de mejora.</li> <li>• Plataforma de Atención al Usuario.</li> </ul>	<b>AMENAZAS</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Insatisfacción de personal asistencial, administrativo y de servicios</li> <li>• Desinterés y desmotivación del usuario interno.</li> <li>• Falta de programas de calidad institucionales</li> <li>• Insuficiente presupuesto para actividades de calidad.</li> <li>• Cambios de personal</li> <li>• Alta resistencia al cambio</li> </ul>

## b) Describir los Recursos Humanos

NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO	CONDICIÓN LABORAL		
		NOMBRADO	CAS	CONTRATO POR TERCEROS
Sonia Escudero Vidal	Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad	x		
Jahayra Espejo Zuñiga	Secretaria		x	
AUDITORÍA / SEGURIDAD DEL PACIENTE.				
PLATAFORMA DE ATENCIÓN AL USUARIO.				
Gloria Alarcón Diaz	Técnico Administrativo	x		
Isabel Cerna Martel	Secretaria Administrativa.	x		
QUEJAS Y RECLAMOS				
Nelly Maria Montero Aguilar	Tecnico Estadistico	x		





### 5.3.- PROBLEMAS IDENTIFICADOS

El Plan de Gestión de la Calidad es de aplicación en todos los departamentos, servicios y áreas asistenciales, administrativas y de servicios del Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa".

- Infraestructura 7<sup>mo</sup>. Piso.
- Falta de programas de capacitación en auditoria de procesos.
- Insuficiente personal de apoyo con conocimiento de Gestión de la Calidad.
- Insatisfacción de personal asistencial, administrativo y de servicios.
- Desinterés y desmotivación del usuario interno.
- Insuficiente presupuesto para actividades de calidad.
  - Alta resistencia al cambio.



### 5.4.- MATRIZ DE INDICADORES

La responsabilidad de dar cumplimiento al Plan Anual y del monitoreo correspondiente, es de la Oficina de Gestión de la Calidad.

INDICADOR(DENOMINACIÓN)	FORMA DE CALCULO	VALOR ESPERADO	PRIORICIDAD	RESPONSABLE
PORCENTAJE DE UPS QUE HACEN USO DE INDICADORES	N° DE UNIDADES ORGÁNICAS QUE HACEN USO DE INDICADORES/N° TOTAL DE UNIDADES ORGÁNICAS EN EL HEJCU X 100	50%	MENSUAL	OFICINAS/DPTO
% DE USUARIOS EXTERNOS SATISFECHOS CON LA ATENCIÓN EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS	N° DE USUARIOS SATISFECHOS EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS /N° DE USUARIOS ENCUESTADOS EN SITUACIÓN DE EMERGENCIAS Y URGENCIAS X 100	80%	MENSUAL	OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD
% DE USUARIOS EXTERNOS SATISFECHOS CON LA ATENCIÓN EN HOSPITALIZACIÓN	N° DE USUARIOS SATISFECHOS EN HOSPITALIZACIÓN /N° DE USUARIOS ENCUESTADOS EN HOSPITALIZACIÓN X 100	80%	MENSUAL	OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD
% DE PROYECTOS DE MEJORA IMPLEMENTADO	N° DE PROYECTOS DE MEJORA IMPLEMENTADOS/ N° PROYECTOS DE MEJORA PROGRAMADOS X 100	50%	TRIMESTRAL	OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD
PORCENTAJE DE QUEJAS Y RECLAMOS RESUELTOS	N° DE QUEJAS ATENDIDOS /N° DE QUEJAS REGISTRADOS X 100	90%	MENSUAL	OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD
% DE USUARIOS INTERNOS SATISFECHOS	N° DE USUARIOS INTERNOS SATISFECHOS/ N° TOTAL DE USUARIOS INTERNOS X 100	80%	MENSUAL	OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD
% PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	PORCENTAJE OBTENIDO POR EL SISTEMA DE ACREDITACIÓN DEL MINSA	85%	MENSUAL	OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD



**VII- RESPONSABILIDADES.**

La responsabilidad de dar cumplimiento al Plan Anual y del monitoreo correspondiente, es de la Oficina de Gestión de la Calidad, y de los Jefes de departamentos asistenciales.

**VIII.- ANEXOS.**

MATRIZ DE PROGRAMACION.









2019

Plan Operativo Anual de Gestión de la Calidad en Salud.

ACTIVIDAD			C R O N O G R A M A																																																							
09 Implementación de la Autoevaluación de establecimientos de salud			ENERO				FEBRERO				MARZO				ABRIL				MAYO				JUNIO				JULIO				AGOSTO				SEPTIEMBRE				OCTUBRE				NOVIEMBRE				DICIEMBRE											
TAREAS	RESULTADO	META	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4				
TAREA N° :1 Conformación equipo autoevaluador	1	1				X																																																				
TAREA N° :2 Plan Autoevaluación 2019	1	1					X						X																																													
TAREA N° :3 Curso Autoevaluación	1	1													X																																											
TAREA N° :4 Ejecución proceso Autoevaluación.	1	1												X																																												
TAREA N° 5: Informe final	1	1																																																								

**COMPONENTE: INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD**

ACTIVIDAD			C R O N O G R A M A																																																							
10 Medición de los tiempos de espera y movimientos en consulta externa/hospitalización/emergencia en establecimientos de salud con categoría I-3 al III-2.			ENERO				FEBRERO				MARZO				ABRIL				MAYO				JUNIO				JULIO				AGOSTO				SEPTIEMBRE				OCTUBRE				NOVIEMBRE				DICIEMBRE											
TAREAS	RESULTADO	META	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
TAREA N° 1 Medición por prioridades de atención I	1	1				X																																																				
TAREA N° 2 Medición por prioridad de atención II	1	1												X																																												
TAREA N° 3: Medición por prioridad de atención III	1	1																																																								
TAREA N° 4: Medición por prioridad de atención IV	1	1																																																								

ACTIVIDAD			C R O N O G R A M A																																																							
11 Medición de la satisfacción del usuario externo en consulta externa/hospitalización/emergencia en establecimientos de salud con categoría I-3 al III-2.			ENERO				FEBRERO				MARZO				ABRIL				MAYO				JUNIO				JULIO				AGOSTO				SEPTIEMBRE				OCTUBRE				NOVIEMBRE				DICIEMBRE											
TAREAS	RESULTADO	META	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
TAREA N° 1: Medición satisfacción usuario en Emergencia, informe	4	4												X																																												
TAREA N° 2: Medición satisfacción usuario en hospitalización	4	4																																																								
TAREA N° 3: Medición satisfacción usuario en Centro Quirúrgico.	1	1																																																								





## IX. -BIBLIOGRAFIA

1. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud 2010. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2010. (Consultado 21 Junio 2011). Disponible en: <http://www.mspsi.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/pncalidad/PlanCalidad2010.pdf>
2. Castillo Hernández Mario, García Posada, Federico y otros. Características de calidad. Colombia 1996.
3. Álvarez Nebreida, Carlos, Glosario de Términos para la Administración y Gestión de los Servicios Sanitarios. Editorial Díaz de Santos. Madrid España. 1998.
4. Batussen R, Yes Y, Hadad S, Sauerborn R. Perceived Quality of Care of Primary Care Services in Burkina Faso. Health Policy and Plann. 2002, 17 (1): 42-8.
5. Brook Robert, Me Glynn Elizabeth, Schuster Mark (1997) Why the quality of U.S. health care must be improved. The National Coalition on Health Care.
6. Caminal J. La medida de la satisfacción: Un instrumento de participación de la población en la mejora continua de la calidad de los servicios sanitarios. Rev Calidad Asistencial. 2001: 16: 276-9.
7. Caminal J, Sánchez E, Schiaffino A. El análisis por segmento de población insatisfecha: una propuesta para optimizar la información de las encuestas de satisfacción global. Rev. Calidad Asistencial. 2002, 17 (1): 4-10.
8. Cordero Espinoza y cols. Comparación de la calidad de servicio de los servicios de Urgencia de los hospitales de Talca, Curico y Linares.
9. Chilon ME. Medición de la calidad de los servicios en el puesto de salud "Simón Bolívar" – Red de Salud II Cajamarca – 2000. (Disertación Maestría) Lima. Facultad de Salud Pública, Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2002.
10. Clínica Chíncha "Ganador del Premio a la Calidad" Sociedad Nacional de Industrias, 1998.
11. Clínica Alberto Sabogal Sologuren: "Calidad en Servicios de Salud. Experiencia en la Implementación de Círculos de Calidad" Callao, 1996.
12. Delgado A, López LA, Luna JD. Influencia del modelo organizativo en la satisfacción de los usuarios. Aten Primaria. 1995; 16: 314-21.
13. Díaz, B y Jungblieth C: "Calidad Total en la empresa peruana. Proceso, resultado y perspectivas" Universidad de Lima, Fondo de Desarrollo Editorial.
14. 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.
15. 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.
16. Donabedian, Avedis (1996) "The effectiveness of quality assurance" International Journal for Quality in Health Care Vol. 8 N° 4 pp 401-407.
17. Donabedian, Avedis (1990) Garantía y monitoreo de la calidad de la atención médica: en texto introductorio. Instituto Nacional de Salud Pública. México.
18. 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.





19. 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.
20. Donaldson Molla (1999) Measuring the quality of Health Care. The National Roundtable on health care quality. Institute of Medicine.
21. Furnham, A, The Protestant work ethic, Rourledge, Londres, 1990.
22. Gerencia Central de Salud EsSalud Oficina de Mejoramiento de Gestión y Procesos. "Guía Metodológica para el Mejoramiento Continuo de los Procesos". 1999. Gea María Teresa y colbs Opinión de los usuarios sobre la calidad del servicio de urgencias-Hospital Virgen de las Nieves-Granada-España1998.
23. Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente" del Ministerio de la Protección Social de Colombia. Buenas Practicas para la Seguridad del Paciente en la Atencion en Salud.
24. Bogota-Nov-2009.Gea María Teresa y colbs Opinión de los usuarios sobre la calidad del servicio de urgencias-Hospital Virgen de las Nieves-Granada-España1998.
25. Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente" del Ministerio de la Protección Social de Colombia. Buenas Practicas para la Seguridad del Paciente en la Atencion en Salud. Bogota-Nov-2009.
26. Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente" del Ministerio de la Protección Social de Colombia. Buenas Practicas para la Seguridad del Paciente en la Atencion en Salud.Bogota-Nov-2009.
27. Agencia Nacional para Seguridad del Paciente (NPSA), Sistema Nacional de Salud (NHS). La seguridad del paciente en 7 pasos. Madrid: Agencia de Calidad. Ministerio de Salud 2005.



Jefe de la Oficina Gestión de la Calidad  
**Dra. SONIA ESCUDERO VIDAL**  
HOSPITAL DE EMERGENCIAS José Casimiro Ulloa  
Jefe de la Oficina Gestión de la Calidad

