

RESOLUCIÓN DIRECTORAL

N° 267 -2024-GRL-GRS-L/30.50

Punchana, 08 de julio del 2024



Visto, el MEMORANDO N° 857-2024-GRL-DRS-L/30.50, emitido por el Director General, conteniendo el OFICIO N° 172-2024-GRL-GRS-L/30.50.06 e INFORME TÉCNICO N° 036-2024-GRL-GRS-L/30.50.06-UAC presentado por la Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad, en el cual sustenta técnicamente la aprobación mediante Resolución Directoral del **"Plan Anual de Gestión de la Calidad y Cronograma de Actividades 2024 del Hospital Regional de Loreto "Felipe Arriola Iglesias"**.



CONSIDERANDO:



Que, el numeral VI del Título Preliminar de la Ley N°26842, "Ley General de Salud", establece que es responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en término socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad;



Que, de acuerdo a lo descrito en el Decreto Supremo N°013-2006-SA, que aprueba el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, cuyo objetivo es establecer los requisitos y condiciones para la operación y funcionamiento de los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, orientados a garantizar la calidad de sus prestaciones, así como los mecanismos para la verificación control y evaluación de su cumplimiento;



Que, mediante Resolución Ministerial N°727-2009/MINSA, se aprueba el Documento Técnico denominado "Política Nacional de Calidad", en su Octava Política Nacional de Calidad de la Atención de Salud, establece que las organizaciones proveedoras de atención de salud asumen como responsabilidad que los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo bajo su administración, implementen mecanismos para la gestión de riesgos derivados de la atención de salud;



Que, la Resolución Ministerial N°519-2006/MINSA, aprueba el Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud", el cual tiene como objetivo establecer los principios, normas, metodologías y procesos para la implementación del sistema de gestión de la calidad en salud orientado a obtener resultados para la mejora de la calidad de atención en los servicios de salud;

Que, mediante Resolución Ministerial N°850-2016/MINSA, se aprueba las "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud", de observancia obligatoria por los órganos unidades orgánicas, y órganos desconcentrados del Ministerio de Salud, prescribe en su numeral 5.2, que considera Documento Normativo del Ministerio de Salud, a todo aquel documento oficial que tiene por objeto transmitir información estandarizada y aprobada sobre aspectos técnicos, sea estos asistenciales, sanitarios y/o administrativos relacionados al ámbito del Sector Salud en cumplimiento de sus objetivos. Estas normas tienen el objeto de facilitar el adecuado y correcto desarrollo de funciones procesos, procedimientos y/o actividades, en los diferentes niveles según correspondan;

Que, el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Regional de Loreto, aprobado Que, el artículo 27° del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Regional de Loreto, aprobado con Resolución Ejecutiva Regional N°728-2015-GRL-P, ratificado con ordenanza Regional N°008-2016-GRL-CR, define a la Oficina de Gestión de la Calidad como la Unidad Orgánica encargada de implementar el Sistema de Gestión de la Calidad en el Hospital, para

RESOLUCIÓN DIRECTORAL

N° 267 -2024-GRL-GRS-L/30.50

Punchana, 08 de julio del 2024



promover la mejora continua de atención asistencial y administrativa al Paciente con la participación activa del personal, para la cual tiene asignada varias funciones entre ellas c) Implementar las estrategias, metodologías e instrumentos de calidad y mejora continua en los servicios; c) implementar las estrategias, metodológicas e instrumentos de la calidad y mejora continua en los servicios f) Asesorar en la formulación de normas, guías de atención, procedimientos de atención al paciente;



Que, la Segunda Disposición Complementaria del Reglamento de Organización y Funciones, establece que el Director General del Hospital Regional de Loreto "Felipe Arriola Iglesias" podrá establecer los Comités y/o Comisiones Permanentes o Temporales según sea el caso, necesarios para la dinámica e interrelaciones de coordinación de los diferentes Órganos y Unidades Orgánicas, en el planeamiento, organización, ejecución y control de las actividades de salud;



Que, conforme a lo propuesto por la Oficina de Gestión de la Calidad, resulta ineludible la aprobación del "Plan Anual de Gestión de la Calidad y Cronograma de Actividades 2024 del Hospital Regional de Loreto "Felipe Arriola Iglesias"; ya que cuenta con opinión legal favorable, sustentado mediante INFORME No.084-2024-GRL-GRSL-30.50.04-OAJ/GABA;



Con el visado de la Sub Dirección General, Oficina de Gestión de la Calidad, Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, Oficina Ejecutiva de Administración y Oficina de Asesoría Jurídica del Hospital Regional de Loreto "Felipe Arriola Iglesias" y en uso de las atribuciones conferidas en la Resolución Ejecutiva Regional N°278-2024-GRL-GR, de fecha 14 de mayo del 2024, que designa al Director General del Hospital Regional de Loreto "Felipe Arriola Iglesias";

SE RESUELVE:



Artículo 1°.- Aprobar, el "Plan Anual de Gestión de la Calidad y Cronograma de Actividades 2024 del Hospital Regional de Loreto "Felipe Arriola Iglesias", con un total de diez (10) folios que desarrolla once (11) ítems.

Artículo 2°.- Encargar, a la Oficina de Gestión de la Calidad realizar el seguimiento, monitoreo y distribución del Plan y Cronograma aprobado en el Artículo 1°, para la implementación y aplicación, debiendo informar a la Dirección General sobre el respectivo desarrollo.

Artículo 3°.- Disponer, que los gastos que ocasione el presente Plan estará sujeto a la disponibilidad presupuestal de la Institución.

Artículo 4°.- Encargar, a la Oficina de Estadística e Informática, proceda a publicar la presente Resolución en el portal institucional del Hospital Regional de Loreto "Felipe Arriola Iglesias".

Regístrese y Comuníquese y cúmplase.



Dr. Jahoshka Natal López López
CUIP: 50534
DIRECTOR GENERAL

JRMLL/RCHH/COMR/MGV/SAFHAC/IIIa.

HOSPITAL REGIONAL DE LORETO

OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD



PLAN ANUAL 2024 GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD HOSPITAL REGIONAL DE LORETO



Responsable:

Oficina de Gestión de la Calidad

PUNCHANA - PERÚ

2024

PLAN ANUAL 2024: GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD - HOSPITAL REGIONAL DE LORETO.

I. INTRODUCCIÓN

La calidad de atención en salud, es definida como la provisión de servicios de salud a los usuarios de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos con el propósito de lograr la satisfacción de los usuarios.

La calidad de los servicios de salud es un tópico que ha tomado relevancia en el mundo a partir de la década de los ochenta, este vertiginoso crecimiento del interés por la calidad de la atención en Salud se ha manifestado de diversas maneras, un factor que se ha visto involucrado es la mayor participación de la población en la administración de los servicios de salud, que exigen una mejor calidad de servicio

El objetivo de mejorar los servicios de salud tiene dos vertientes por un lado, se debe alcanzar el mejor nivel posible (el sistema debe ser bueno); por otro lado se debe procurar que existan las menores diferencias posibles entre las personas y los grupos (es decir el sistema debe ser equitativo). En ese sentido, un sistema de salud es bueno si responde bien a lo que la gente espera de el y es equitativo si responde igualmente bien a todos, sin discriminación.

La capacidad de respuesta es más que un indicador de la forma en que el sistema responde a las necesidades en materia de salud, que se refleja en resultados sanitarios, que comprenda el desempeño del sistema en relación con aspectos como la atención oportuna, dignidad, comunicación, autonomía, confidencialidad de la información entre otros atributos de calidad en la atención, que establece el Sistema de Gestión de la Calidad en salud, cuyo desarrollo viene impulsando el Ministerio de Salud.

Sin embargo, aún se requiere fortalecer los esfuerzos que se vienen desarrollando para su implementación, que permita mostrar evidencias confiables de mejoras sustanciales en la atención y que estas sean percibidas con satisfacción por la población loreтана.

Al Hospital Regional de Loreto, en su condición de Hospital nivel III-I, busca contribuir en la mejora de la calidad de atención en los servicios asistenciales y administrativo. Por esta razón resulta necesaria la presentación del Plan Anual 2024 de Gestión de la Calidad.

II. FINALIDAD

El Plan de la Oficina de Gestión de la Calidad tiene como finalidad contribuir a fortalecer los procesos de atención de los servicios, incorporando mejoras continuas de la calidad de atención, siendo el eje central el usuario.

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN

El Plan de Gestión de la Calidad abarcará a los servicios asistenciales y administrativos del Hospital Regional de Loreto.

IV. BASES LEGALES

- Ley N° 26842 – Ley General de Salud.



- Ley N° 29414 – Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud.
- Decreto Supremo N° 013-2006-SA – Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de apoyo.
- Decreto Supremo N° 002-2019-SA- Aprueban 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 o mixtas.
- Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, que aprueba el Documento Técnico “Sistema de Gestión de la Calidad en Salud”.
- Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, aprueba la NTS N° 050-MINSA/DGSP-V.02. “Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médico de Apoyo.
- Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, que aprueba el Documento Técnico “Política Nacional de Calidad en Salud”.
- Resolución Ministerial N° 270-2009/MINSA, que aprueba la “Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo”.
- Resolución Ministerial N° 1021-2010/MINSA, que aprueba la “Guía Técnica de Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía”.
- Resolución Ministerial N° 308-2010/MINSA, se aprueba la “Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía”.
- Resolución Ministerial N° 095-2012/MINSA, se aprueba la “Guía Técnica para la Elaboración de Proyectos de Mejora y la aplicación de técnicas y herramientas para la gestión de la calidad”.
- Resolución Ministerial N° 502-2016/MINSA, que aprueba la NTS N° 029-MINSA/DIGEPRES-V.02 “Norma Técnica e Salud de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud”.
- Resolución Ministerial N° 214-2018/MINSA, se aprueba la NTS N° 139-MINSA/2018/DGAIN “Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica”.
- Resolución Ministerial N° 225-2016/MINSA, que aprueba la Guía Técnica para la Implementación del proceso de la Higiene de manos en los establecimientos de salud.
- Resolución Ministerial N° 163-2020/MINSA, que aprueba la Directiva Sanitaria N° 92-MINSA-2020/DGAIN “Rondas de Seguridad del paciente para Gestión del Riesgo en la atención de salud”.
- Resolución Ministerial N° 527-2011/ MINSA, que aprueba la Guía Técnica “Para la Evaluación de la Satisfacción del Usuario Externo en los Establecimientos de Salud y Servicios de Apoyo”

V. ANTECEDENTES DE PROCESOS DESARROLLADOS

El Hospital Regional de Loreto, institución de salud III – 1, dentro de su estructura organizacional identificamos, a la Oficina de Gestión de Calidad como órgano asesor de la Dirección, encargada de implementar y promover la mejora continua de la atención asistencial y administrativa, con la participación activa de todo el personal; responsabilidad que hasta la actualidad ha ido consolidándose y adquiriendo representatividad.

Dentro de los procesos que se desarrollan en el Hospital Regional de Loreto, son:



Los **procesos de autoevaluación** para la acreditación en la que los resultados son fluctuantes, así tenemos: 2018 se logró un ligero incremento en el resultado global (66%), como en los Macro procesos, así tenemos Gerencial (83.24%), Prestacional (57%) y Apoyo (56.64%). En el 2019 se obtuvo el resultado de 56% que en relación a la Autoevaluación 2018 (66%), se tuvo un descenso del 10%, lo que significa que en el año 2019 obtuvimos como resultado final de NO APROBADO, debiendo subsanar las observaciones en 9 meses. Los resultados fueron socializados con las diferentes áreas de la institución. En el año 2020 no se logra realizar la Implementación del Proceso de Autoevaluación, en el 2021 se logró un resultado de 66%, en el 2022, se logró un resultado de 67%, en el 2023, se logró 72% la misma que debe subsanarse en 6 meses.

Medición del nivel de satisfacción de usuarios externos, en el 2018 se logró satisfacción en las tres áreas, así tenemos 66.7% Emergencia, 67.2% Consultorios Externos y 70.2% Hospitalización. En el año 2019 se tuvo como resultados un descenso en cuanto a la satisfacción en Consultorios Externos (44.1%), Emergencia (36.9%) y Hospitalización (51.4%). En el año 2020 se logra satisfacción en las áreas de Consultorios Externos (82.9%) y Emergencia (56.4%), en el 2021 no se realizó la medición del nivel de satisfacción de los usuarios del HRL, en el 2022 se realizó la medición con los siguientes resultados Consulta externa 51.83% de satisfacción, Emergencia 30.22% de satisfacción y Hospitalización 49.75% de insatisfacción, en el 2023 se lograron los siguientes resultados, en Consultorios externos 55,69% de satisfacción, en hospitalización 54,98% de satisfacción y Emergencia 56,18% de insatisfacción.

En cuanto a **proyectos de mejora continua**, en el 2018 se presentaron 04 proyectos, de lo cual solo 01 terminó con informe final y presentación para el concurso nacional de calidad organizado por el MINSA – 2018, los demás quedan en proceso. En el año 2019 Se realizó el PROYECTO SISTEMA DE CITAS POR TELÉFONO, llevándose a cabo reuniones técnicas del Equipo de Trabajo, con la socialización a los Establecimientos de Salud del I Nivel de Atención sobre el funcionamiento de este nuevo sistema y su respectiva implementación, en el 2021 se retoma el proyecto de mejora Sistema de Citas por Teléfono, con reuniones técnicas con el primer nivel para la gestión de citas, en el 2022 se realiza capacitación en proyectos de mejora continua encontrándose en proceso 04 proyectos de mejora continua, en el 2023 se implementó 01 proyecto de mejora Mamá Canguro.

El registro de **eventos adversos e incidentes** en el 2018, se han realizado socializaciones sobre la importancia del registro de eventos e incidentes en 12 servicios hospitalarios (Cirugía, UCI Cirugía, C. Obstétrico, Medicina A y B, Gineco obstetricia, Hemodiálisis, Emergencia, C. Quirúrgico, Oncología. Consultorios Externos, Pediatría), se realizó la base de datos de eventos e incidentes de todos los servicios asistenciales, se realizaron rondas de seguridad en los diferentes servicios asistenciales y la aplicación de la Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía.

En el año 2019, se realizaron seis (06) rondas, en los siguientes servicios: UCI Pediatría, UCI Neonatología, Emergencia, Centro Quirúrgico, Hemodiálisis y UCI Medicina, aplicándose la Lista de Chequeo de Rondas de Seguridad del Paciente, con la exploración de las siguientes características: Historia Clínica, Medicamentos, del Personal de Salud, Medidas de Bioseguridad, Lavado de Manos, Señalización y Seguridad, Disposición de Residuos, en el 2021 se realizan 06 Rondas de Seguridad y en el 2022, 12 Rondas de Seguridad, se realizan socializaciones sobre el proceso de registro de incidentes y eventos adversos y capacitación sobre seguridad del paciente, en el 2023, se realizaron 12 Rondas de seguridad.



Procesos de Auditoría, En el 2018, se realizaron 07 auditorías de muerte materna, 20 auditorías de la calidad de atención en salud y 100 auditorías de la calidad del registro. En el 2019, se realizaron 12 auditorías de muerte materna, 15 auditorías de la calidad de atención en salud y 88 auditorías de la calidad del registro. En el 2020 se realizó: Auditoría de la calidad de registro en Consulta externa y hospitalización 21, Muerte materna 3, Muerte perinatal 0, en el 2021 En el 2022 se realizaron 93 Auditorías, 2 de muerte materna, 26 calidad de registro en emergencia, 30 calidad de registro en hospitalización, 18 calidad de registro en consultorios externos, 9 auditorías de caso y 9 auditorías de eventos adversos. En el 2023, se observa, la realización de las actividades programadas en forma regular, registrándose 15 Auditorías Calidad de Registro en hospitalización, 10 Auditorías de Calidad de Registro en emergencia, 18 Auditoría Calidad de Registro en Consultorios Externos, 05 Auditoría de Caso de H.C., 04 Auditoría de Eventos adversos y 03 Auditoría muerte materna, observándose una disminución importante.

En cuanto al **Sistema de Atención de reclamos y sugerencias** en el 2018, de 42 reclamos atendidos se resolvieron 26 con carta de respuesta al usuario, los 14 restantes se encuentran en proceso, cabe mencionar que muchos de los reclamos se solucionan en el instante. En el año 2019, de 59 reclamos atendidos se resolvieron 55 reclamos, lo que representa el 92% de reclamos resueltos, el mayor porcentaje de reporte de reclamos de los usuarios es en el Área de Consultorios externos con 14 reclamos. En el año 2020, de 28 reclamos atendidos, se resolvieron 18 reclamos, representando el 64%, siendo el área de Hospitalización con mayor número de reclamos (10), en el 2022 y 2023 Se realiza la gestión de reclamos y sugerencias de los usuarios del HRL, buscando satisfacer las necesidades de salud con calidad y respeto a sus derechos, se realiza una capacitación en derechos de los usuarios de salud.

VI. DEFINICIONES OPERACIONALES:

- **Acreditación:** proceso de evaluación externa, basado en la comparación del desempeño del prestador de salud con estándares óptimos y factibles de alcanzar, formulados y conocidos por los actores de la atención de salud, y que está orientado a promover acciones de mejoramiento continuo de la calidad de atención y el desarrollo armónico de las unidades productoras de servicios en el Hospital Regional de Loreto.
- **Autoevaluación:** fase inicial del proceso de acreditación, en la cual el equipo institucional de evaluadores internos, utilizando el Listado de Estándares de Acreditación, realizan evaluación interna para determinar el nivel de cumplimiento e identificar sus fortalezas y áreas susceptibles de mejoramiento.
- **Atención de Salud:** conjunto de prestaciones que se brinda a la persona, la familia y la comunidad para la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud.
- **Auditoría de la Calidad de Atención en Salud:** mecanismo sistemático y continuo de evaluación del cumplimiento de estándares de calidad en salud. Implica la realización de actividades de evaluación y seguimiento de procesos definidos como prioritarios, comparación entre la calidad observada y la calidad esperada. El resultado final de la evaluación realizada se comunica en el denominado "Informe de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud".



- **Auditoría en Salud:** revisión de los aspectos de la actividad del cuidado clínico de pacientes, realizada por un equipo de profesionales de la salud médicos y no médicos, cuya finalidad es mejorar la calidad de atención. Constituye una herramienta del componente de Garantía de la Calidad del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud.
- **Auditoría Médica:** análisis crítico y sistemático de la calidad de la atención médica, incluyendo procedimientos, diagnósticos y decisiones terapéuticas, uso de recursos y resultados de los mismos que repercuten en los desenlaces clínicos y en la calidad de vida del paciente; es realizada por personal médico. Tiene por finalidad mejorar la calidad de atención brindada al usuario, así como mejorar la calidad de los prestadores de los servicios.
- **Calidad de la Atención en Salud:** provisión de servicios de salud a usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, considerando beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios.
- **Cultura de Seguridad:** patrón de comportamiento individual y de la organización basado en creencias y valores compartidos, que busca reducir al mínimo el daño que podría sufrir el paciente como consecuencia de los procesos de prestación de atención.
- **Evento Adverso:** resultado no esperado debido a fallas durante el diagnóstico, tratamiento o cuidado del paciente y no al curso natural de la enfermedad o a condiciones propias del mismo.
- **Indicadores:** variables medibles, para indicar directa o indirecta, cambios en el estado, eficacia, eficiencia o avances del trabajo en salud.
- **Mejora continua:** consiste en incrementar la satisfacción de usuarios. La mejora continua de los servicios, procesos y sistemas debe ser un objetivo para cada persona de la organización a fin de mantener lo correcto y corregir las inconformidades, asegurando el mayor beneficio para el usuario y se va reduciendo riesgos durante su atención.
- **Proyecto de Mejora Continua:** conjunto ordenado de recursos (materiales, humanos y financieros) y acciones para alcanzar un objetivo determinado que tiene como propósito generar cambios sostenibles en la situación encontrada en una red o centro asistencial.
- **Sistema de Gestión de la Calidad:** conjunto de elementos interrelacionados que contribuyen a conducir, regular, brindar asistencia técnica y evaluar a los establecimientos de salud del Sector y a sus dependencias públicas y privadas del nivel nacional, regional o local, en calidad de la atención y de la gestión.

VII. OBJETIVOS

7.1 OBJETIVO GENERAL

Contribuir con el fortalecimiento de la gestión a través del desarrollo de procesos de atención de salud con enfoque e indicadores de calidad.



7.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Elaborar el Plan de Gestión de la Calidad del Hospital Regional de Loreto
2. Evaluar el avance del Plan de Gestión de la Calidad en Salud
3. Monitorizar, supervisar y evaluar del cumplimiento en la Aplicación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía en Centros Quirúrgicos del Hospital Regional de Loreto
4. Monitorizar, supervisar y evaluar la Implementación del Registro, Notificación y Análisis de la ocurrencia de incidentes y/o Eventos Adversos en Salud en el Hospital Regional de Loreto.
5. Monitorizar, supervisar y evaluar la Implementación de la Auditoría de la Calidad de Atención en el Hospital Regional de Loreto
6. Implementar la metodología para elaboración de proyectos de mejora continua y uso de herramientas para la gestión de la calidad.
7. Supervisar la Adherencia a la Higiene de Manos en el Hospital Regional de Loreto.
8. Monitorizar, Evaluar y Supervisar la Implementación de las Rondas de Seguridad del paciente.
9. Implementar la Autoevaluación del Proceso de Acreditación del Hospital Regional de Loreto
10. Evaluar la Satisfacción del usuario externo en el Hospital Regional de Loreto

VIII. METAS

1. Aprobar el Plan de Gestión de la Calidad con Resolución Directoral
2. Ejecutar el Plan de Gestión de la Calidad.
3. Planificar y ejecutar el 100% de procesos de seguridad del paciente en la atención de salud según norma técnica (registro de eventos adversos, implementación de lista de verificación de cirugía segura y rondas de seguridad).
4. Planificar y ejecutar el 100% de procesos de auditoría de la calidad de atención programados.
5. Implementar cinco (04) proyectos de mejora de la calidad de acuerdo a los resultados obtenidos en las líneas de acción del Sistema de Gestión de la Calidad y/o prioridades sanitarias.
6. Implementación y monitoreo del proceso de higiene de manos.
7. Planificar y ejecutar un (01) proceso de autoevaluación para la acreditación del Hospital Regional de Loreto.
8. Realizar una (01) medición del nivel de satisfacción de usuarios externos.

IX. ESTRATEGIAS

1. Conformación de comités y/o equipos de trabajo.
2. Monitoreo, supervisión y evaluación a las unidades productoras de servicios de salud.
3. Asesoramiento en diversas metodologías y/o técnicas para la mejora continua.
4. Plantear recomendaciones y realizar el seguimiento permanente de los Procesos de mejora.
5. Elaboración de informes que incidan en la toma de decisiones.
6. Participar en la difusión permanente de los procesos de mejora continua.
7. Fomentar la coordinación e integración multidisciplinaria.



X. RECURSOS HUMANOS

En el año 2023 la Oficina de Gestión de la Calidad, contó con los siguientes profesionales de la salud, con el siguiente cargo:

- 01 Licenciada en Enfermería.
Jefe de Oficina.
- 01 Licenciada en Enfermería.
Encargada de la Unidad de Garantía de la Calidad.
- 01 Licenciada en Enfermería.
Encargada de la Unidad de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud.
- 02 personal Administrativo
(01) Encargado de la Unidad de Atención al Ciudadano
(01) secretaria.
- 02 personal técnico en enfermería que asumen el rol de orientadoras adscritas a la unidad de atención al ciudadano.

XI. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES



