



PERÚ

Ministerio  
de Salud

GOBIERNO REGIONAL DEL CUSCO  
DIRECCION REGIONAL DE SALUD  
CUSCO

HOSPITAL REGIONAL CUSCO  
Oficina de Gestión de la Calidad



## PLAN TACTICO DE LA OFICINA DE GESTION DE LA CALIDAD DEL HOSPITAL REGIONAL CUSCO-2021



**Dr. Juan Alberto Espelucin Runcimann**  
DIRECTOR GENERAL DE LA GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO

**Dr. Jorge Luis Galdos Tejada**  
DIRECTOR EJECUTIVO DEL HOSPITAL REGIONAL CUSCO

**Dra. Amparo Vila Verano**  
JEFA DE LA OFICINA DE GESTION DE LA CALIDAD

**C.D. Kely Nina Abrill**  
RESPONSABLE DE LA UNIDAD DE MEJORA DE LA CALIDAD

**Lic. Katherine Monchy Corrales Alvarez**  
RESPONSABLE DE LA UNIDAD DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

**TAP. Salomón García Caviedes**  
RESPONSABLE DE LA PLATAFORMA DE ATENCIÓN AL USUARIO

**CUSCO - 2020**



## 1. RESUMEN

El Sistema de Gestión de la Calidad aprobado por RM N° 519-2006/ MINSa define el marco de las acciones de la Oficina de Gestión de la Calidad. Asimismo el Plan Estratégico Institucional 2018-2020 ha establecido como uno de sus objetivos generales: Mejorar la Calidad de la Atención de Salud en el Hospital Regional del Cusco.

Mediante la implementación de las acciones estratégicas de Mejora de la capacidad operativa de los servicios de atención de cuidados intensivos COVID, cuidados intensivos e intermedios y disminuir la insatisfacción del usuario en Consulta Externa.

El presente Plan presenta las actividades, así como su monitoreo; los resultados y evaluación en un solo instrumento que permita un abordaje integral del trabajo de calidad que nos vemos impulsados en realizar para lograr los objetivos institucionales.

Es así que la Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital Regional Cusco, siguiendo las pautas marcadas en la normativa del ente rector del Ministerio de Salud, resalta la importancia del proceso de planificación, el cual tiene por objeto establecer las acciones que permitan el logro de los objetivos institucionales, en esta oportunidad se toma en consideración el esquema propuesto por los órganos competentes, que permite resumir los antecedentes, la situación actual, los problemas identificados, las alternativas de solución, las estrategias y el detalle de las actividades y tareas que deben ser ejecutadas para poder lograr los objetivos planteados en el presente año fiscal, correspondientes al Hospital Regional Cusco y la Oficina de Gestión de la Calidad.

Es oportuno evaluar la oferta de servicios de salud que prestamos en nuestra institución en función de la demanda que exige la atención en nuestro hospital, ya que hoy en día somos una institución que está trabajando al 300% de su capacidad debido a la emergencia sanitaria, existe sobrecarga laboral y brinda atención referencial a toda la Macro Región oriental de nuestro País.

La Salud es un derecho como condición indispensable del desarrollo humano y medio para alcanzar el bienestar individual y colectivo, en ese contexto es necesario un adecuado sistema de salud, organizado, infraestructura, equipamiento y cambio de actitud para promover un clima laboral favorable.



## 2. ANTECEDENTES Y SITUACIÓN ACTUAL:

### Componente de Gestión (incluye Organización):

A nivel Nacional el Ministerio de Salud ha venido impulsando iniciativas para mejorar la calidad de las prestaciones de salud, es así que se cuenta con el Documento Técnico: Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, aprobado con Resolución Ministerial N°519-2006/MINSA, en donde el sistema tiene cuatro componentes: Planificación para la calidad, Organización para la calidad, Garantía y Mejora e información para la Calidad.

En nuestra Región se inicia las acciones por la calidad de manera focalizada, a través de la intervención de programas y proyectos implementados por el nivel nacional y regional, realizando estudios, encuestas, mejora de capacidades, proyectos de mejora entre otros, lo característico fue una intervención focalizada; paralelamente se incorpora las funciones del sistema de gestión de la calidad en la estructura orgánica.

La oficina de Gestión de la calidad del Hospital Regional viene funcionando mediante resolución desde marzo del 2008, fue reestructurada a través de la Ordenanza Regional N° 082-2014-CR/GRC.CUSCO, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones (ROF) del Hospital Regional del Cusco y la Ordenanza Regional N° 130-2017-CR/GRC.CUSCO, que aprueba el Cuadro para Asignación de Personal (CAP) del Hospital Regional del Cusco.

Desde el punto de vista de organización, la Oficina de Gestión de la Calidad, en la actualidad, viene trabajando las siguientes unidades: Unidad de Garantía de la Calidad, Unidad de Seguridad del Paciente, Unidad de Mejora Continua y Unidad de Información para la Calidad; a las cuales se ha estado incorporando personal para el desarrollo adecuado de su función básica, existiendo en la actualidad una brecha de acuerdo a los documentos de gestión, asignando la responsabilidad de estas unidades en ocho personas en la distribución siguiente: Un profesional médico: Jefe de la Oficina, Un profesional Médico: Responsable de la Unidad de Garantía de la Calidad, Un profesional Cirujano Dentista: Responsable de la Unidad de Mejora Continua, Licenciado en Enfermería una Obstetra: Responsable de la Unidad de Seguridad del Paciente y un Técnico Administrativo: Apoyo Administrativo de la Oficina de Gestión de la Calidad, y en la Unidad de Información para la Calidad: Un Técnico Administrativo: Responsable de Plataforma de Atención al usuario y dos profesionales Relacionadores Públicos.

### Componente de Financiamiento:

La Oficina de Gestión de la Calidad no ha sido convocada para participar en la formulación de presupuesto 2020, por lo que no se tiene conocimiento del presupuesto con que cuenta, para el año 2021 se solicitó la participación de un representante de la Oficina de Gestión de la Calidad en la elaboración del POI.

### Componente de Prestación:

La Oficina de Gestión de la Calidad viene desarrollando diferentes acciones, dentro de ellas la **Autoevaluación** para la acreditación evaluando periódicamente los estándares de acreditación de los 21 macro procesos en los diferentes servicios de nuestra institución, obteniendo el 2000 un puntaje



de 50.5, el 2011 un puntaje de 44, el 2012 de 50 y el 2017 52%, siendo estos resultados de No aprobados.

En los años precedentes se realizó también las Encuestas de Satisfacción del Usuario Externo SERVQUAL, obteniendo puntaje global de satisfacción en el 2020 (64.5%), 2019 (53%) 2018 (62%), 2017 (59.6%), 2016 (56.3%), 2015 (60.6%), 2013 (23.4%) y en el 2012 de 39.6%.

Respecto a Auditoría, durante el año 2019 se conformó el Comité de Auditoría de la Calidad en Salud, el cual realizó Auditorías de Caso., en la actualidad se ha propuesto la reconfiguración del Comité de Auditoría de la Calidad de Salud y Auditoría Médica.

Respecto a Seguridad del paciente se ha elaborado e implementado el Plan de Seguridad del Paciente y de Gestión de Riesgos del Hospital Regional del Cusco, se ha realizado Rondas de Seguridad del Hospital Regional del Cusco, Monitoreado y supervisado el cumplimiento de los indicadores de Seguridad del Paciente, Fortalecido la implementación del Higiene de manos dentro de la institución, Supervisado y Evaluado la Aplicación de la Lista de Verificación de la Cirugía Segura.

El estudio sobre cultura organizacional arroja resultados de "Por mejorar" (0.522), en las Dimensiones de Recompensa y Remuneración los resultados son de "No saludable", resultando *por mejorar* la mayoría de las dimensiones y solo dos obtienen puntajes con niveles *saludables* (*identidad y estructura*).

En lo que se refiere a la Gestión de Quejas y Reclamos, en este año han incrementado los reclamos, y también aquellos que han sido solucionados con la Interposición de buenos oficios (siendo la relación por cada uno que presenta su reclamo, 10 son solucionados con la interposición de buenos oficios), no obstante de los reclamos presentados en su mayor parte fueron para el servicio de Admisión.

Dentro de otras funciones se ha realizado el seguimiento y monitoreo al Cumplimiento de las metas institucionales, indicadores de desempeño y compromisos de mejora alcanzados en el periodo 2020.

### **3. PROBLEMAS O NUDOS CRITICOS**

#### **3.1. PROBLEMAS**

Luego del análisis de la situación, en equipo se ha identificado varios problemas, del cual se ha priorizado los cinco primeros siguientes:



Gráfico N° 04. Priorización de Problemas

PROBLEMAS	CRITERIOS DE PRIORIZACION			PUNTAJE	PRIORIDAD
	FRECUENCIA	IMPORTANCIA	FACTIBILIDAD		
1 Escasa implementación de indicadores	5	5	5	15	ALTA
2 Escasa implementación de recomendaciones de auditorias	5	5	5	15	ALTA
3 Riesgo para seguridad del paciente	5	5	3	13	MEDIO
4 No existe equipos de calidad por servicios	5	3	5	13	MEDIO
5 Limitada información al usuario externo	3	5	5	13	MEDIO
6 Insatisfacción del usuario externo elevada	5	5	3	13	MEDIO
7 Guías de práctica clínica y manuales de procesos desactualizadas	5	5	1	11	BAJO
8 Escaso compromiso hacia la mejora continua	5	5	1	11	BAJO
9 Insatisfacción del usuario interno	5	3	1	11	BAJO
10 Limitada Promoción de la salud.	3	3	3	9	BAJO
11 Ser un Hospital no acreditado	1	5	1	7	BAJO



### 3.2. ANALISIS FODA OFICINA GESTION DE LA CALIDAD

#### Fortalezas:

ASPECTO	FORTALEZAS
PERSONAL	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personal motivado en el cumplimiento de las metas programadas.</li> <li>• Buena relaciones interpersonales.</li> <li>• Comunicación asertiva entre el equipo.</li> <li>• Programación mensual de actividades.</li> <li>• Buena predisposición para el trabajo.</li> </ul>
PRODUCCION	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trabajo integrado para el cumplimiento de las metas.</li> <li>• Programación de actividades por unidades y componentes el sistema de Gestión de la Calidad.</li> </ul>
FINANCIEROS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autogestión de recursos financieros.</li> </ul>
LOGISTICA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disponibilidad de equipo de anexo telefónico.</li> <li>• Disponibilidad de internet.</li> </ul>
GESTION	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trabajo multidisciplinario</li> <li>• Análisis y evaluación de indicadores de Gestión hospitalaria.</li> </ul>

#### Debilidades:

ASPECTO	DEBILIDADES
PERSONAL	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recurso humano insuficiente que permita un permanente y adecuado monitoreo y cumplimiento de la normatividad vigente.</li> <li>• Falta de recurso humano</li> </ul>
PRODUCCION	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Limitado producción en el componente de Auditoria y de mejora continua.</li> </ul>
FINANCIEROS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ingresos insuficientes que no permiten satisfacer todas las necesidades básicas de la oficina.</li> <li>• Plan Táctico no es considerado en el presupuesto, ni participación en el POI y PEI</li> </ul>
LOGISTICA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Falta más implementación de mobiliario.</li> <li>• Infraestructura reducida</li> <li>• Limitado desempeño de los equipos</li> </ul>
GESTION	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Parcial seguimiento de actividades de mejora.</li> <li>• Falta de apoyo por parte de las Jefaturas para brindar facilidades a los integrantes de los diferentes equipos de auditoria.</li> </ul>



**Oportunidades:**

ASPECTO	OPORTUNIDADES
POLITICO	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Modernización del sector salud.</li> <li>• Lineamientos de la OMS</li> <li>• Convenio de Gestión</li> </ul>
ECONOMICO	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La Mejora de la Satisfacción del usuario incrementa la demanda</li> </ul>
CULTURAL	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inclusión social, que permite integrarnos más con las necesidades del usuario externo.</li> <li>• Presencia de la Junta de Usuarios de Salud</li> <li>• Coordinación con asociación de personas con disminución de la visión, club de enfermedades crónicas, club de diabetes.</li> </ul>
DEMOGRAFICO	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Presencia de población en los diferentes ciclos de vida.</li> <li>• Incremento de la población por el aumento de la demografía.</li> </ul>
SOCIAL	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Presencia de SUSALUD.</li> <li>• Presencia de asociaciones sin fines de lucro</li> </ul>

**Amenazas:**

ASPECTO	AMENAZAS
POLITICO	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Escaso apoyo en los problemas institucionales y de déficit, por parte de las autoridades regionales.</li> </ul>
ECONOMICO	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Insuficiente recurso económico asignado a la institución</li> </ul>
CULTURAL	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cultura organizacional incipiente.</li> </ul>
DEMOGRAFICO	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Población con desconocimiento de la realidad hospitalaria.</li> </ul>
SOCIAL	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Presencia de la prensa no objetiva, que desinforma a la población y acude al establecimiento sin coordinación.</li> <li>• Presencia de organizaciones gubernamentales.</li> <li>• Referencia de pacientes graves que sufran accidentes de tránsito que traen de las clínicas después del termino del subsidio del SOAT</li> </ul>



## GESTION

- Documentos de gestión, MAPRO, guías de práctica clínica desactualizados.
- Pobre implementación de recomendaciones por parte de diferentes jefaturas.
- Poco involucramiento de parte de jefaturas
- Dirección con poco apoyo para el cambio en la gestión hospitalaria con costumbres arraigadas.
- Jefatura de sala de operaciones se niega a cumplir con su trabajo.
- De realizar el paloteo de las cirugías seguras, son reacios al cambio, dicha información es realizado por el personal de la oficina de calidad.

### 4. OBJETIVOS

#### 4.1. OBJETIVO GENERAL

Mejorar la calidad de la atención y satisfacción de los usuarios del Hospital Regional Cusco.

#### 4.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

##### OBJETIVO ESPECIFICO 1

Garantizar la Calidad de Atención en Salud a través de metodología estandarizadas

##### OBJETIVO ESPECIFICO 2:

Fortalecer el Control y Regulación Sanitaria

##### OBJETIVO ESPECIFICO 3:

Mejorar la Comunicación con el usuario externo, garantizando el respeto de sus derechos y deberes

### 5. ESTRATEGIAS QUE PERMITAN LOGRAR LOS OBJETIVOS

#### 5.1. ESTRATEGIA 1:

Desarrollar actividades de conducción y orientación superior:

- Asistencia Técnica a Áreas asistenciales y administrativas
- Capacitación y asesoramiento en la elaboración de Guías de Práctica Clínica
- Capacitación y asesoramiento en la elaboración e implementación de proyectos de mejora de la calidad de los servicios
- Capacitación en Autoevaluación, Auditoría y Seguridad del Paciente.
- Aplicación y Socialización de los Resultados del Estudio de Satisfacción del Usuario Externo-SERVQUAL





## 5.2. ESTRATEGIA 2:

Engazar actividades destinadas a mejorar el Control y Regulación Sanitaria, así como la prevención de riesgos y daños para la salud:

- Desarrollo de la Autoevaluación para la Acreditación hospitalaria.
- Ejecución de Auditorías de la Calidad de Atención
- Seguimiento de recomendaciones derivadas de auditorías
- Capacitación en Seguridad del Paciente
- Desarrollo de Rondas de Seguridad
- Notificación de Incidentes y/o Eventos Adversos.
- Planificación y seguimiento de la Conducción de la Lista de Verificación de Cirugía Segura

## 5.3. ESTRATEGIA 3:

Promoción e información de la salud:

- Informatización y sistematización de la información a brindar al paciente
- Recepción, análisis y seguimiento de las Quejas, Reclamos, Sugerencias y Felicitaciones
- Promoción de derechos y deberes del usuario externo
- Promoción de la salud y Lactancia materna a través de medios audio-visuales
- Evaluación de Satisfacción del Usuario externo y Tiempo de espera
- Evaluación de Satisfacción del usuario interno

## 6. ANEXOS

Matriz N° 01. Matriz de Programación de Metas Físicas y Presupuesto (anexo N°6)



PERU Ministerio de Salud

GOBIERNO REGIONAL DEL CUSCO DIRECCION REGIONAL DE SALUD CUSCO

HOSPITAL REGIONAL CUSCO Oficina de Gestión de la Calidad



OBJETIVO ESPECIFICO	COD.OE	ACTIVIDAD OPERATIVA A DESARROLLAR	COD.LO	META FISICA OPERATIVA		META TOTAL EJECUTAR	CRONOGRAMA DE EJECUCION DE ACTIVIDADES				PRESUPUESTO REQUERIDO BIENES Y SERVICIOS						PIA de RR.HH. Noembra de	OFICINA RESPONSABLE			
				TAREAS ASOCIADAS	UNIDAD DE MEDIDA		I	II	III	IV	META SIAF	TOTAL	RO	RDR	D y T.	OTROS Cooperantes, Municipalidades etc.)			BRECHA		
																				II	III
OPTIMIZAR EL PLANEAMIENTO INSTITUCIONAL	OE.11	PLANIFICACION Y PRESUPUESTO		ACCIONES DE PLANEAMIENTO Y PRESUPUESTO		7	5	1	0	1											
				Elaboración y Aprobación del Plan Táctico	INFORME	1															
				Elaboración y Aprobación de los TdRs	INFORME	3															
				Socialización del Plan Táctico	INFORME	1															
				Evaluación del Plan Táctico de la Oficina de Calidad	INFORME	2															
				CONDUCCION Y ORIENTACION SUPERIOR	INFORME	20	5	5	5	5											
MEJORAR LA CONDUCCION, ORIENTACION	OE.12	CONDUCCION Y ORIENTACION SUPERIOR	A0.121	Monitoreo, supervisión y evaluación del cumplimiento en la aplicación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía en centro quirúrgico	INFORME	4	1	1	1	1											
				Monitoreo, Supervisión y evaluación de la implementación del Registro, Notificación y Análisis de la ocurrencia de Eventos Adversos en Salud en los establecimientos de salud	INFORME	4	1	1	1	1											
				Monitoreo y evaluación de la implementación de la Auditoría de la Calidad de Atención en Departamentos y Servicios	INFORME	4	1	1	1	1											
				Monitoreo, supervisión y evaluación para la implementación de los Lineamientos para la Prevención y Control de las IAAS VV	INFORME	4	1	1	1	1											
				Monitoreo y evaluación de la adherencia a la técnica del lavado de manos en Servicios Hospitalarios.	INFORME	4	1	1	1	1											
				Monitoreo y evaluación de la implementación de las guías de práctica clínica / protocolos / flujogramas	INFORME	4	2			2											
				CAPACITACION POR LINEAS DE ACCION DEL SOCS	INFORME	7	1	5	1	0											
				Evaluación e implementación de Guías de Práctica Clínica	INFORME	1				1											
				Seguridad de Paciente Eventos Adversos	INFORME	1				1											



MEJORAR LA CONDICIÓN, ORIENTACIÓN SUPERIOR GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y SANITARIA	OE.15	GESTIÓN ADMINISTRATIVA	AO.15.1	Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía	INFORME	1																											
				Implementación y evaluación a la Adherencia de Higiene de Manos	INFORME	1																											
				Auditoría de la Calidad de Atención	INFORME	1																											
				Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo	INFORME	1																											
				Mejora Continua	INFORME	1																											
				<b>ACCIONES ADMINISTRATIVAS</b>	<b>INFORME</b>	<b>31</b>																											
				Elaboración e implementación del Plan de Seguridad del Paciente	INFORME	1																											
				Conformación del Comité de Seguridad de Paciente. Equipo Conductor de la seguridad de la cirugía	INFORME	1																											
				Aplicación, Análisis y Reporte de la lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía	INFORME	4																											
				Aplicación, Análisis y Reporte de la Encuesta para Evaluar la lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía	INFORME	2																											
				Difusión de los resultados de la evaluación de la lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía	INFORME	2																											
				Implementación de la técnica de higiene de manos en los Servicios Hospitalarios	INFORME	4																											
				Implementación del Registro, Notificación, Análisis y Reporte de la ocurrencia de Eventos Adversos en los Servicios Hospitalarios	INFORME	4																											
				Implementar las buenas prácticas de atención para la seguridad del Paciente: Rondas de Seguridad	INFORME	4																											
				Evaluación y acompañamiento en la gestión para la implementación de los proyectos de mejora continua	INFORME	4																											
				Implementación, Análisis y Reporte de la Plataforma de Atención del Usuario	INFORME	4																											
				Implementación de Acciones de Mejora a los Resultados de Clima Organizacional	INFORME	1																											
<b>ACCIÓN Y CONTROL</b>	<b>INFORME</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>																											
Conformación del Comité de Auditoría Médica y Hoja de Ruta	INFORME	1																															
Conformación del Comité de Auditoría en Salud y Hoja de Ruta	INFORME	1																															
Conformación de Equipos de Auditoría en Salud	INFORME	4																															
Elaboración e Implementación del Plan Anual de Auditoría de la calidad de Atención en salud	INFORME	1																															
Ejecución, Análisis y Reporte de auditorías de caso	INFORME	8																															
Ejecución, Análisis y Reporte de auditorías programadas	INFORME	2																															
Ejecución, Análisis y Reporte de auditorías de adherencia a guías de práctica clínica.	INFORME	4																															



PERÚ

Ministerio de Salud

GOBIERNO REGIONAL DEL CUSCO  
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD  
CUSCO



HOSPITAL REGIONAL CUSCO  
Oficina de Gestión de la Calidad

			Monitoreo de la Implementación de las Recomendaciones de las Auditorías Desarrolladas	INFORME	3																	
			Reunión Técnica de Socialización de los Resultados	INFORME	3																	
			Planes, Acciones / Proyecto de Mejora las recomendaciones de la auditoría	INFORME	2																	
<b>OBJETIVO GENERAL DEL PLAN OPERATIVO 2: MEJORAR EL CONTROL EPIDEMIOLÓGICO, RIESGOS Y DAÑOS PARA LA SALUD.</b>																						
MEJORAR EL CONTROL REGULACIÓN SANITARIA Y FORMULAR LAS NORMAS	OE.2.1	CONTROL SANITARIO	AO.2.1.1	<b>INSPECCIÓN Y CONTROL.</b>			7	0	0	0	0	0										
				Conformación del Equipo de Acreditación	INFORME	1																
				Conformación del Equipo de Autoevaluadores internos	INFORME	1																
				Elaboración y Aprobación del Plan de Autoevaluación	INFORME	1																
				Comunicado Oficial del inicio de la autoevaluación a la DIRESA	INFORME	1																
				Ejecución del Plan de Autoevaluación	INFORME	1																
				Presentación del informe de Autoevaluación	INFORME	1																
				Elaboración, Implementación de acciones/ planes y/o proyectos de mejora para la acreditación	INFORME	1																



## 7. BIBLIOGRAFIA O REFERENCIA NORMATIVA

- Norma Técnica N° 042-2016-MINSA.
- Decreto Supremo N° 046-2014/PCM Política Nacional para la Calidad
- R.M. N° 519-2006/MINSA que aprueba el Documento Técnico Sistema de Gestión de la Calidad en Salud.
- R.M. N°727-2009/MINSA, Documento Técnico "Política Nacional de Calidad en Salud".
- R.M. N° 896-2017/MINSA "Creación la Unidad Funcional de Gestión de la Calidad en Salud"
- Normas Técnicas de Gestión, Calidad, Atención Integral, Planificación de nivel Nacional.

Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe>