MINISTERIO DE SALUD
Personas que atendemos Personas
HOSPITAL REGIONAL CUSCO

MINISTERIO DE SALUD

Nº 97 -2022-MINSA-HRC/UGRH

GOBIERNO REGIONAL CUSCO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO
HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO
Margot Córdova Esquivel
JEFA DE AREA NORMAS TECNICAS
UNIDAD DE GESTION DE RECURSOS HUMANOS

Resolución Directoral

Cusco, 28 FEB 2022

Visto el Expediente N° 2647-2022;

CONSIDERANDO:

Que, mediante expediente de Visto, la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad, del Hospital Regional del Cusco, remite el Informe N° 050-2022-GRC/GERESA-CUSCO-HRC-OGC, adjuntando el Proyecto de "Plan Táctico de la Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital Regional Cusco - 2022", y solicita la formalización del mencionado documento de Gestión, con la correspondiente Resolución;

Que, mediante Memorando N° 153-2022-HRC-DE, el Director Ejecutivo del Hospital Regional del Cusco, dispone, elaborar la resolución aprobando el "Plan Táctico de la Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital Regional del Cusco – 2022";

Que, el Plan Táctico, es un documento de Gestión de corto plazo que contiene la Programación de Actividades y/o Proyectos de cada Unidad Orgánica o Centro de Costo, el orden de los pasos necesarios para llevar a cabo esas tareas, el personal y las herramientas necesarios para alcanzar los objetivos estratégicos de la institución;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 850-2016/MINSA, se aprueba el documento denominado "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud", el cual es de observancia obligatoria para las Direcciones Generales, Órganos Desconcentrados y Organismos Públicos del Ministerio de Salud;

Conforme a las facultades conferidas en el Reglamento de Organización y Funciones (ROF), del Hospital Regional Cusco, aprobado con Ordenanza Regional N° 082-2014-CR/GRC-CUSCO, en concordancia y sujeción a lo establecido en los Documentos Técnicos Normativos de Gestión Institucional; en ese contexto, la Dirección Ejecutiva del Hospital Regional Cusco, dispone expedir la presente resolución;

En uso de las facultades y atribuciones conferidas, por la Ley de Bases de la Descentralización Nº 27783, Ley Nº 27867 Ley Orgánica de Gobiernos Regionales modificada por la Ley Nº 27902, a la delegación de facultades consignadas en el convenio Nº 028-2004-MINSA, la aplicación de la Ley Nº 28254, la R.M. Nº 963-2017-MINSA; Texto Único Ordenado de la Ley Nº 27444-Ley del Procedimiento Administrativo General, aprobado por D.S. N° 004-2019-JUS, y el T.U.O. de la Ley Nº 27806 de Transparencia y Acceso a la Información Pública;

Estando a la Visación de la Dirección de Administración y Unidad de Asesoría Legal;

SE RESUELVE:

ARTÍCULO 1°.- APROBAR, EL PLAN TÁCTICO DE LA OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD DEL HOSPITAL REGIONAL CUSCO PARA EL PERÍODO 2022", conforme a lo descrito en la parte considerativa de la presente Resolución, y que forma parte de la presente Resolución, como Anexo Adjunto en **CUARENTIOCHO (48) folios.**

ARTÍCULO 2°.- DISPONER, que la presente resolución y Documento de Gestión, sean remitidos a la Gerencia Regional de Salud, publicados en la página Web de la institución, y puestos en conocimiento de todos los Departamentos, Unidades y Servicios del Hospital Regional Cusco, que competan.

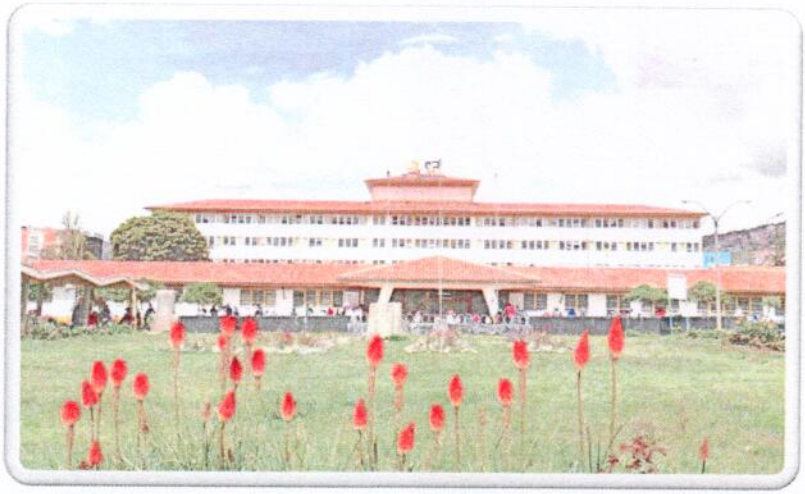
REGÍSTRESE Y COMUNÍQUESE,

r

GOBIERNO REGIONAL CUSCO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO
HOSPITAL REGIONAL CUSCO
Med. José Pinares Valencia
DIRECTOR EJECUTIVO
CMP 44214 RNE 23649

"AÑO DEL FORTALECIMIENTO DE LA SOBERANIA NACIONAL"

PLAN TACTICO DE LA OFICINA DE GESTION DE LA CALIDAD DEL HOSPITAL REGIONAL CUSCO-2022



DIRECTOR GENERAL DE LA DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD CUSCO
Dr.Cesar Javier Ramirez Escobar

DIRECTOR EJECUTIVO DEL HOSPITAL REGIONAL CUSCO
Dr. Jose Pinares Valencia

JEFA DE LA OFICINA DE GESTION DE LA CALIDAD
Dra. Rosa Conde Sumire

PLAN TACTICO DE LA OFICINA DE GESTION DE LA CALIDAD PARA EL 2022

DIRECTOR EJECUTIVO DEL HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO:

Med. Jose Pinares Valencia.

SUB DIRECTOR DEL HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO:

Med. Dante Izquierdo Villasante.

JEFA DE LA OFICINA DE GESTION DE LA CALIDAD:

Med. Rosa Conde Sumire.

EQUIPO TECNICO DE LA OFICINA DE GESTION DE LA CALIDAD:

Med. Jose Ramiro Salazar Tapia.
Med. Rene Elizabeth Vilca Ballon
CD. Kely Nina Abrill
Lic. Francisca Rodriguez Andia
Lic. Mery Loayza Chacara
Obst. Lisseth Ascue Escalante
TAP Salomon Garcia Caviedes
Lic. Jaime Cutire Arce
TAP Ana Vilma Salas Velasquez
TAP Yolanda Rodriguez Salvatierra

1. RESUMEN

El Sistema de Gestión de la Calidad en Salud aprobado por RM Nº 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.

El presente Plan representa un esfuerzo de nuestra Oficina por integrar las actividades, implementar recomendaciones, monitorear los resultados y evaluación en un solo instrumento que permita un abordaje integral del trabajo en 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, la importancia del proceso de planificación, el cual tiene por objeto establecer ordenadamente y estructuradamente las acciones que permitan fortalecer a lograr 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 brinda atención referencial a toda la Macro Región oriental de nuestro País.

Se formula el Plan Táctico en concordancia al esquema establecido al Sistema de Gestión de la Calidad, Políticas Nacionales de Calidad en Salud y normas complementarias, que permitan continuar con la implementación del Sistema de Gestión de la calidad de atención en Salud.

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, 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 diez personas en la distribución siguiente: Un profesional médico: Jefe de la Oficina, dos profesional Médico: Responsable de la Unidad de Garantía de la Calidad, Un profesional Cirujano Dentista y Licenciada en Obstetricia: Responsables de la Unidad de Mejora Continua, dos Licenciado en Enfermería: 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 que integran el equipo de la PAUS.

La Asistencia Técnica: Se desarrrolló de manera presencial y por el Estado de Emergencia en el 2021, en casos puntuales se desarrolló de manera virtual, evaluando los procesos de los servicio de salud, analizando y generando la construcción conjunta de conocimientos habilidades y destrezas para el mejor desempeño de funciones y coadyuvando al cumplimiento de los objetivos de la institución. Siendo:

- Elaboración y formulación de Proyectos y planes de Mejora.
- Seguridad del paciente con todos sus componentes:Higiene de Manos, Care Bundle, Rondas de Seguridad, Lista de Verificacion de Cirugia Segura.
- Autoevaluación para la Acreditación.

El monitoreo: se realiza de acuerdo a las metas físicas programadas en el plan táctico 2021. Con el objetivo de verificar el cumplimiento de las funciones especificas y lograr el desarrollo de los procesos.

Componente	Criterios / Actividad	Meta	Cumplimiento
Planificación	Elaboración de Plan Táctico	1	✓
	Evaluación del avance de la implementación del Plan	3	
Garantía Mejora	Monitoreo, supervisión y evaluación del cumplimiento en la aplicación de la LVSC	4	✓
	Monitoreo, supervisión y evaluación de la implementación del registro, notificación y análisis de la ocurrencia de Eventos Adversos en Salud	4	✓
	Implementación de la auditoria de la Calidad de Atención en Salud y Auditorias Programadas	5	✓
	Implementación sobre uso de herramientas de la calidad y metodología para elaboración de proyectos de mejora continua de la calidad	0	
	Implementación de la adherencia a la técnica del lavado de manos en los Hospitales por categorías	4	✓
	Autoevaluación de establecimientos de salud.	1	✓
Información para la Calidad.	Medición de la Satisfacción del Usuario externo en CE/EMERG/HOSP	0	
	Implementación de la Plataforma de atención al Usuario	0	
	60%		

*fuente: Aplicativo de monitoreo SGCS-DGCS-2018-DIRESA

La Evaluación: Al declararse la Emergencia Sanitaria debido al COVID-19, hubo personal en trabajo remoto, mixto y presencial, dificultando la evaluación completa.

Componente de Financiamiento:

Por la Emergencia Sanitaria debido al COVID-19, se priorizaron proyectos, acciones y presupuestos para la prevención tratamiento y recuperación de la población afectada por el COVID-19. Por ende la formulación del presupuesto 2022 no tuvo ninguna variación con respecto a años anteriores para con la Oficina de Gestión de la Calidad.

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 y en el año 2021 un 51%, siendo estos resultados de No Aprobado y teniendo 09 meses para subsanar las observaciones.

En los años precedentes se realizó también las Encuestas de Satisfacción del Usuario Externo SERVQUAL, obteniendo puntaje global de satisfacción teniendo los siguientes resultados: 2012 39.6 %, 2013 23.4%, 2015 60.6%, 2016 56.3%, 2017 59.6%, 2018 62%, 2019 53%. Para el 2021 la DIRESA implemento las encuestas rápidas que miden satisfacción y tiempo de espera teniendo los resultados siguientes para el 2021: Satisfacción en Emergencia con 69.9%, Hospitalización 80.7% y Consultorio Externo 92.8%.

Respecto a Auditoria, durante el año 2021 se conformaron comités de auditoría en Salud, Comité de Auditoria Médica, Comité de Auditoria en Salud para muertes por Neumonía y el Comité de Auditoria en Salud – COVID, realizándose un total de 05 auditorías.

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 realizó Rondas de Seguridad del Hospital Regional del Cusco, Monitorizado y supervisado el cumplimiento de los indicadores de Seguridad del Paciente, Fortalecido la implementación, evaluación y seguimiento del Higiene de manos dentro de la institución, Supervisado y Evaluado la Aplicación de la Lista de Verificación de la Cirugía Segura. Identificación, seguimiento y análisis de Eventos adversos; 02 eventos analizados.

En lo que se refiere a la Gestión de Quejas y Reclamos, el año 2021 se vio disminuido ya que la atención de consulta externa no estaba autorizada a la atención presencial, sin embargo se vio fortalecido el enlace virtual para la interposición de quejas y reclamos en la página web del Hospital Regional del Cusco.

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 2021.

AREA DE GESTION DE LA CALIDAD

GARANTIA Y MEJORA DE LA CALIDAD

AUDITORIA DE LA CALIDAD DE ATENCION EN SALUD: Mecanismo que evalúa el proceso de atención al usuario, identifica oportunidades para mejorar la atención de los pacientes, facilitando cambios hacia el desarrollo de la medicina basada en evidencias, dentro del marco ético legal, buscando contribuir a mejorar el desempeño de los profesionales de la salud en la prestación de la atención. En el Hospital Regional se realizaron las siguientes actividades, que tuvo una adecuación según el contexto actual y la disponibilidad de personal, repitiéndose la debilidad en la programación por parte de las jefaturas.

- Conformación e instalación de Comités de Auditoria en Salud
  - Comité de Auditoria en Salud 1
  - Comité de Auditoria en Salud 2 – Neumonía
  - Comité de Auditoría en Salud COVID-19
- Comité de Auditoria medica – 01 Comité.

Realizándose un total de 05 Auditorias, de las cuales se emitieron un aproximado de 35 recomendaciones. Dentro de las Auditorias de caso se encuentran las auditorias de mortalidad materno – perinatal, muertes por neumonía en menores de 5 años, eventos centinelas o adversos y muertes por COVID-19; según lo solicitado por la GERESA; entre estas también se encuentran las auditorias programadas realizadas por el comité de auditoría médica.

EVALUACION DE REGISTRO: Durante el año 2021 se realizó la evaluación de registro de historias clínicas del Servicio de emergencia siento un resultado de 61% como DEFICIENTE, los 03 ítems con menor calificación: Registro de Obstetricia y/o enfermería, Informe plan de trabajo, Especificaciones indicaciones de alta.

SEGURIDAD DEL PACIENTE: Durante el 2021 la unidad de Seguridad de paciente se vio fortalecida por 02 licenciadas de Enfermería, las cuales cumplieron una función importante en la implementación, control, monitoreo y evaluación en la higiene de manos, estudio de eventos adversos, control de infecciones intrahospitalarias, teniendo los siguientes resultados:

- Cumplimiento de higiene de manos 94% en promedio de cumplimiento.
- Evaluación y registro de Eventos Adversos. 02 análisis, 120 eventos registrados aproximadamente.
- Aplicación de LVSC con un 92% de cumplimiento en promedio aproximadamente.

- Rondas de seguridad, se efectuaron 12 rondas con un cumplimiento de 70% aproximadamente según riesgos identificados.

ACREDITACION DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD Y SERVICIOS: En el año 2021, gracias al compromiso del Comité de Autoevaluación; que viene trabajando desde el 2020, se realizo la autoevaluación que implica la implementación y evaluación periódica de una serie de estándares previamente definidos los que han sido agrupados según macroproceso de orden gerencial, asistencial y de apoyo, dentro de los cuales se establecen estándares y atributos de calidad, que permiten evaluar el desempeño institucional y promover acciones de mejoramiento continuo en la atención en salud. Teniendo el siguiente resultado:

Año: 2021
Periodo : 1

		Nro total criterios				MACROPROCESO			CATEGORIAS		
						Puntaje Máximo por Macro proceso	Puntaje Obtenido x Macro proceso	Cumplimiento x Macro proceso	Puntaje Max. x categoria	Puntaje Obtenido x Categoria	Cumplimiento x categoria
Macroprocesos	Criterios eval	E	P	R	T	Total	Total	%	Total	Total	%
Direccionamiento	11	6	4	1	11	54.72	49.89	91.18	222.64	128.36	57.65
Gestión de recursos humanos	11	5	6	0	11	41.04	9.66	23.53			
Gestión de la calidad	22	10	5	7	22	47.88	18.68	39.02			
Manejo del riesgo de atención	50	10	39	1	50	47.88	34.73	72.53			
Gestión de seguridad ante desastres	21	14	7	0	21	13.68	9.28	67.86			
Control de la gestión y prestación	15	5	9	1	15	34.20	15.78	46.15			
Atención ambulatoria	14	8	6	0	14	47.88	8.38	17.50	254.45	100.50	39.50
Atención extramural	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			
Atención de hospitalización	26	5	14	7	26	47.88	18.62	38.89			
Atención de emergencias	14	11	1	2	14	47.88	41.58	86.84			
Atención quirúrgica	24	7	11	6	24	47.88	17.32	36.17			
Docencia e Investigación	15	9	6	0	15	34.20	3.26	9.52			
Apoyo diagnóstico y terapéutico	11	1	9	1	11	17.10	1.17	6.82	159.03	92.56	58.20
Admisión y alta	16	3	7	6	16	17.10	9.77	57.14			
Referencia y contrarreferencia	10	6	1	3	10	17.10	12.57	73.53			
Gestión de medicamentos	15	4	11	0	15	17.10	13.15	76.92			
Gestión de la información	14	6	7	1	14	17.10	12.64	73.91			
Descontaminación, Limpieza, Desinfeccción y Esterilización	17	7	8	2	17	17.10	14.15	82.76			
Manejo del riesgo social	6	2	3	1	6	17.10	10.88	63.64			
Nutrición y dietética	10	4	5	1	10	17.10	13.58	79.41			
Gestión de insumos y materiales	8	4	3	1	8	17.10	6.58	38.46			
Gestión de equipos e infraestructura	12	7	5	0	12	17.10	5.03	29.41			
Total	**342**	134	167	41	342	636.12	326.70		636.12	321.42	
									Puntaje Final (%)	51	

RESULTADO FINAL
NO aprobado - Subsanar en 9 meses (50%-69%)

Calificaciones :
NO aprobado. Reiniciar desde Autoeval. (< 50%)
NO aprobado - Subsanar en 9 meses (50%-69%)
NO aprobado - Subsanar en 6 meses (70%-84%)
Aprobado (85% o más)

INFORMACION PARA LA CALIDAD

En el periodo 2021, a pesar de la Pandemia y el sobre cargado trabajo en Plataforma de Atención al Usuarios, se realizaron la encuesta de Satisfacción del Usuario en Hospitalización, emergencia y Consulta externa teniendo los siguientes resultados:

- Emergencia: 69.9% de satisfacción, siendo los porcentajes mas altos en las dimensiones de Capacidad de respuesta y aspectos tangibles.
- Hospitalización: 80.7%, siendo los porcentajes mas altos en las dimensiones de Aspectos Tangibles y Seguridad.
- Consulta Externa: 92.8%, siendo las dimensiones con mayor calificación aspectos tangibles y empatía.

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° 02. Priorización según recomendaciones.

PROBLEMAS	CRITERIOS DE PRIORIZACION			PUNTAJE	PRIORIDAD
	FRECUENCIA	IMPORTANCIA	FACTIBILIDAD		
1 Manejo y Registro de Historia Clínica	5	5	5	15	ALTA
2 Guías de Práctica Clínica y manuales de procedimiento	5	5	5	15	ALTA
3 Comunicación Efectiva	5	5	3	13	MEDIO
4 Flujograma e instructivos para Mantenimiento de equipos biomédicos : asistencia técnica, monitoreo en la elaboración, y aplicación.	5	3	5	13	MEDIO
5 Limitada información al usuario externo	3	5	3	13	MEDIO

3.2. ANALISIS FODA

Fortalezas:

ASPECTO	FORTALEZAS
PERSONAL	• Personal motivado en el cumplimiento de las metas programadas. • Buena relaciones interpersonales. • Trabajo en equipo y coordinado. • Comunicación asertiva entre el equipo. • Programación mensual de actividades. • Buena predisposición para el trabajo. • Trabajo integrado para el cumplimiento de las metas.
PRODUCCION	• Programación de actividades por unidades y componentes el sistema de Gestión de la Calidad.
FINANCIEROS	• Autogestión de recursos financieros.
LOGISTICA	• Disponibilidad de equipo de cómputo en buen estado e implementado. • Disponibilidad de equipo de anexo telefónico. • Disponibilidad de internet.
GESTION	• Coordinación con otros departamentos, Servicios, Oficinas, Unidades y Áreas • Análisis y evaluación de indicadores de Gestión hospitalaria.

Debilidades:

ASPECTO	DEBILIDADES
PERSONAL	• Recurso humano insuficiente que permita un permanente y adecuado monitoreo y cumplimiento de la normatividad vigente.
PRODUCCION	• Limitado producción en el componente de Auditoria.
FINANCIEROS	• Ingresos insuficientes que no permiten satisfacer todas las necesidades básicas de la oficina.
LOGISTICA	• Plan Táctico no es considerado en el presupuesto • Falta más implementación de mobiliario (computadora e impresora). • Infraestructura reducida
GESTION	• Limitado desempeño de los equipos • Parcial seguimiento de actividades de mejora e implementación de recomendaciones. • Falta de apoyo por parte de las Jefaturas para brindar facilidades a los integrantes de los diferentes equipos de auditoria.

Oportunidades:

ASPECTO	OPORTUNIDADES
POLITICO	• Modernización del sector salud. • Lineamientos de la OMS • Convenio de Gestión
ECONOMICO	• La Mejora de la Satisfacción del usuario incrementa la demanda
CULTURAL	• Inclusión social, que permite integrarnos más con las necesidades del usuario externo. • Presencia de la Junta de Usuarios de Salud • Coordinación con asociación de personas con disminución de la visión.
DEMOGRAFICO	• Presencia de población en los diferentes ciclos de vida
SOCIAL	• Presencia de SUSALUD. • Presencia de asociaciones sin fines de lucro

Amenazas:

ASPECTO	AMENAZAS
POLITICO	• Escaso apoyo en los problemas institucionales y de déficit, por parte de las autoridades regionales.
ECONOMICO	• Insuficiente recurso económico asignado a la institución
CULTURAL	• Clima organizacional no saludable
DEMOGRAFICO	• Población con desconocimiento de la realidad hospitalaria y carencias.
SOCIAL	• Presencia de la prensa no objetiva, que desinforma a la población y acude al establecimiento sin coordinación. • Presencia de organizaciones gubernamentales.
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

4. OBJETIVOS

4.1. OBJETIVO GENERAL

Mejorar la calidad de la atención y satisfacción de los usuarios del Hospital Regional Cusco promoviendo e incentivando la mejora continua en la atención del Hospital Regional del Cusco a fin de garantizar el cumplimiento de estándares mínimos de calidad, mediante el desarrollo de una cultura de calidad.

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; implementando la supervisión, monitoreo y evaluación

OBJETIVO ESPECIFICO 3:

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

OBJETIVO ESPECIFICO 4:

Fortalecer, diseñar, implementar y monitorear las recomendaciones realizadas en los diferentes componentes de calidad.

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:

Engarzar 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 a través del instrumento que permita evaluar, incentivar y reconocer el logro de estándares de calidad.
- Implementación y seguimiento de recomendaciones derivadas de la Autoevaluación.
- Ejecución de Auditorías de la Calidad de Atención
- Implementación y Seguimiento de recomendaciones derivadas de auditorías
- Capacitación en Seguridad del Paciente
- Desarrollo de Rondas de Seguridad
- Notificación y análisis 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)

"AÑO DEL FORTALECIMIENTO DE LA SOBERANIA NACIONAL"

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

Componente	N°-ACT	Código-ACT	Criterios/Actividad	U.M-Ac	Definición-Operacional-Ac	Actividad-EFP-SIAF-Ac	Factor-concentración-	Definición-Operacional-Ta	Meta-ta Hospital
Planificación	1	01EPGC	Elaboración del Plan de Gestión de la Calidad en Salud/ Plan táctico por DIRESA/ GERESA/ DIRIS/ SANIDADES y ESSALUD.	Plan táctico aprobado RD	Documento mediante el cual se establecen los antecedentes/ análisis, objetivos, estrategias, actividades, tareas, bienes y servicios, presupuesto, cronograma e indicadores relacionados a las líneas de acción del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud (SGCS). **Criterio de Programación:** - Oportunidad, plan aprobado antes del 07 de febrero de cada año. - Cobertura: un plan de la organización por año y que comprenda los planes específicos de los procesos del SGCS. - Integralidad: debe comprender toda la estructura del plan de SGCS y los respectivos planes específicos del SGCS. **Programar un plan del SGCS y sumar los Planes del SGCS.**	PLANEAMIENTO Y PRESUPUESTO	1	Documento mediante el cual se establecen los antecedentes/ análisis, objetivos, estrategias, actividades, tareas, bienes y servicios, presupuesto, cronograma e indicadores relacionados a las líneas de acción del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud (SGCS). **Criterio de Programación:** - Oportunidad, plan aprobado antes del 07 de febrero de cada año. - Cobertura: un plan de la organización por año y que comprenda los planes específicos de los procesos del SGCS (según fecha límite establecido en cada plan específico). - Integralidad: debe comprender toda la estructura del plan de SGCS y los respectivos planes específicos del SGCS. **Programar un plan del SGCS y sumar los Planes específicos del SGCS.** Aplica: GERESA, RED, Hospital, MR, EE.SS.	1

Planificación	1	01EPGC	Elaboración del Plan de Gestión de la Calidad en Salud/ Plan táctico por DIRESA/ GERESA/ DIRIS/ SANIDADES y ESSALUD.	Plan aprobado RD	Documento mediante el cual se establecen los antecedentes/ análisis, objetivos, estrategias, actividades, tareas, bienes y servicios, presupuesto, cronograma e indicadores relacionadas a las líneas de acción del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud (SGCS). **Criterio de Programación:** - Oportunidad, plan aprobado antes del 07 de febrero de cada año. - Cobertura: un plan de la organización por año y que comprenda los planes específicos de los procesos del SGCS. - Integralidad: debe comprender toda la estructura del plan de SGCS y los respectivos planes específicos del SGCS. **Programar un plan del SGCS y sumar los Planes específicos del SGCS.**	PLANEAMIENTO Y PRESUPUESTO	1	Documento mediante el cual se establecen los antecedentes/ análisis, objetivos, estrategias, actividades, tareas, bienes y servicios, presupuesto, cronograma e indicadores relacionadas al proceso de Autoevaluación para la Acreditación de EE.SS y SMA del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud (SGCS). **Criterio de Programación:** - Oportunidad, plan aprobado antes del 30 de abril de cada año. - Cobertura: un plan de la organización (Hospital, Microrred) por año. - Integralidad: debe comprender toda la estructura del plan de Autoevaluación (contenido mínimo la estructura de la norma de Acreditación). **Programar un plan por cada Hospital y Microrred (100%).** Aplica: Hospital, MR. (deriver las MR Hospital II-1 a su Red Respectivo y los Hospitales III-1 a la GERESA).	1
Planificación	1	01EPGC	Elaboración del Plan de Gestión de la Calidad en Salud/ Plan táctico por DIRESA/ GERESA/ DIRIS/ SANIDADES y ESSALUD.	Plan aprobado RD	Documento mediante el cual se establecen los antecedentes/ análisis, objetivos, estrategias, actividades, tareas, bienes y servicios, presupuesto, cronograma e indicadores relacionadas a las líneas de acción del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud (SGCS). **Criterio de Programación:** - Oportunidad, plan aprobado antes del 07 de febrero de cada año. - Cobertura: un plan de la organización por año y que comprenda los planes específicos de los procesos del SGCS. - Integralidad: debe comprender toda la estructura del plan de SGCS y los respectivos planes específicos del SGCS. **Programar un plan del SGCS y sumar los Planes específicos del SGCS.**	PLANEAMIENTO Y PRESUPUESTO	1	Documento mediante el cual se establecen los antecedentes/ análisis, objetivos, estrategias, actividades, tareas, bienes y servicios, presupuesto, cronograma e indicadores relacionadas al proceso de Seguridad del Paciente del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud (SGCS). **Criterio de Programación:** - Oportunidad, plan aprobado antes del 28 de Febrero de cada año. - Cobertura: un plan de la organización (GERESA, Red, Hospital, Microrred, EE.SS Nivel I) por año. - Integralidad: debe comprender toda la estructura del plan de de Seguridad del Paciente. **Programar un plan por cada Red, Hospital y Microrred y EE.SS (100%).**	1

Planificación	1	01EPGC	Elaboración del Plan de Gestión de la Calidad en Salud/ Plan táctico por DIRESA/ GERESA/.	Plan aprobado RD	Documento mediante el cual se establecen los antecedentes/ análisis, objetivos, estrategias, actividades, tareas, bienes y servicios, presupuesto, cronograma e indicadores relacionadas a las líneas de acción del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud (SGCS). **Criterio de Programación:** - Oportunidad, plan aprobado antes del 07 de febrero de cada año. - Cobertura: un plan de la organización por año y que comprenda los planes específicos de los procesos del SGCS. - Integralidad: debe comprender toda la estructura del plan de SGCS y los respectivos planes específicos del SGCS. **Programar un plan del SGCS y sumar los Planes específicos del SGCS.**	PLANEAMIENTO Y PRESUPUESTO	1	Documento mediante el cual se establecen los antecedentes/ análisis, objetivos, estrategias, actividades, tareas, bienes y servicios, presupuesto, cronograma e indicadores relacionadas al proceso de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud (SGCS). **Criterio de Programación:** - Oportunidad, plan aprobado antes del 28 de febrero de cada año. - Cobertura: un plan de la organización (GERESA, Red, Hospital, Microrred, EE.SS Nivel I) por año. - Integralidad: debe comprender toda la estructura del plan de Auditoría. **Programar un plan por cada GERESA, Red, Hospital y Microrred y EE.SS (100%).**	1
Planificación	1	01EPGC	Elaboración del Plan de Gestión de la Calidad en Salud/ Plan táctico por DIRESA/ GERESA/.	Plan aprobado RD	Documento mediante el cual se establecen los antecedentes/ análisis, objetivos, estrategias, actividades, tareas, bienes y servicios, presupuesto, cronograma e indicadores relacionadas a las líneas de acción del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud (SGCS). **Criterio de Programación:** - Oportunidad, plan aprobado antes del 07 de febrero de cada año. - Cobertura: un plan de la organización por año y que comprenda los planes específicos de los procesos del SGCS. - Integralidad: debe comprender toda la estructura del plan de SGCS y los respectivos planes específicos del SGCS. **Programar un plan del SGCS y sumar los Planes específicos del SGCS.**	PLANEAMIENTO Y PRESUPUESTO	1	Documento mediante el cual se establecen los antecedentes/ análisis, objetivos, estrategias, actividades, tareas, bienes y servicios, presupuesto, cronograma e indicadores relacionadas al proceso de Información para la Calidad de Servicios del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud (SGCS). **Criterio de Programación:** - Oportunidad, plan aprobado antes del 28 de febrero de cada año. - Cobertura: un plan de la organización (GERESA, Red, Hospital, Microrred, EE.SS Nivel I) por año. - Integralidad: debe comprender toda la estructura del plan de Información para la Calidad de Servicios. **Programar un plan por cada GERESA, Red, Hospital y Microrred y EE.SS (100%).**	1

Planificación	1	01EPGC	Elaboración del Plan de Gestión de la Calidad en Salud/ Plan táctico por DIRESA/ GERESA/.	Plan aprobado RD	Documento mediante el cual se establecen los antecedentes/ análisis, objetivos, estrategias, actividades, tareas, bienes y servicios, presupuesto, cronograma e indicadores relacionadas a las líneas de acción del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud (SGCS). **Criterio de Programación:** - Oportunidad, plan aprobado antes del 07 de febrero de cada año. - Cobertura: un plan de la organización por año y que comprenda los planes específicos de los procesos del SGCS. - Integralidad: debe comprender toda la estructura del plan de SGCS y los respectivos planes específicos del SGCS. **Programar un plan del SGCS y sumar los Planes específicos del SGCS.**	PLANEAMIENTO Y PRESUPUESTO	1	Documento mediante el cual se establecen los antecedentes/ análisis, objetivos, estrategias, actividades, tareas, bienes y servicios, presupuesto, cronograma e indicadores relacionadas al proceso de Supervisión Integral (gestión administrativa y Gestión Asistencial). **Criterio de Programación:** - Oportunidad, plan aprobado antes de 30 de marzo de cada año. - Cobertura: un plan de la organización (GERESA, Red, Hospital, Microrred, EE.SS Nivel I) por año. - Integralidad: debe comprender toda la estructura del plan de Supervisión Integral (gestión/administración y provisión de servicios de salud). **Programar un plan por cada GERESA, Red, Hospital, Microrred, EE.SS (100%).**	1
Planificación	1	01EPGC	Elaboración del Plan de Gestión de la Calidad en Salud/ Plan táctico por DIRESA/ GERESA/.	Plan aprobado RD	Documento mediante el cual se establecen los antecedentes/ análisis, objetivos, estrategias, actividades, tareas, bienes y servicios, presupuesto, cronograma e indicadores relacionadas a las líneas de acción del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud (SGCS). **Criterio de Programación:** - Oportunidad, plan aprobado antes del 07 de febrero de cada año. - Cobertura: un plan de la organización por año y que comprenda los planes específicos de los procesos del SGCS. - Integralidad: debe comprender toda la estructura del plan de SGCS y los respectivos planes específicos del SGCS. **Programar un plan del SGCS y sumar los Planes específicos del SGCS.**	PLANEAMIENTO Y PRESUPUESTO	1	Documento mediante el cual se establecen los antecedentes/ análisis, objetivos, estrategias, actividades, tareas, bienes y servicios, presupuesto, cronograma e indicadores relacionadas al proceso de Supervisión del Sistema de Gestión de la Calidad. (Gestión de la calidad asistencial). **Criterio de Programación:** - Oportunidad, plan aprobado antes del 30 de marzo de cada año. - Cobertura: un plan de la organización (GERESA, Red, Hospital, Microrred, EE.SS Nivel I) por año. - Integralidad: debe comprender toda la estructura del plan de Supervisión del Sistema de Gestión de la Calidad. (Gestión de la calidad asistencial). **Programar un plan por cada GERESA y Red (100%).**	1

Planificación	1	01EPGC	Elaboración del Plan de Gestión de la Calidad en Salud/ Plan táctico por DIRESA/ GERESA/ DIRIS/ SANIDADES y ESSALUD.	Plan aprobado RD	Documento mediante el cual se establecen los antecedentes/ análisis, objetivos, estrategias, actividades, tareas, bienes y servicios, presupuesto, cronograma e indicadores relacionadas a las líneas de acción del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud (SGCS). **Criterio de Programación:** - Oportunidad, plan aprobado antes del 07 de febrero de cada año. - Cobertura: un plan de la organización por año y que comprenda los planes específicos de los procesos del SGCS. - Integralidad: debe comprender toda la estructura del plan de SGCS y los respectivos planes específicos del SGCS. **Programar un plan del SGCS y sumar los Planes específicos del SGCS.**	PLANEAMIENTO Y PRESUPUESTO	1	Documento mediante el cual se establecen los antecedentes/ análisis, objetivos, estrategias, actividades, tareas, bienes y servicios, presupuesto, cronograma e indicadores relacionadas al proceso de Desarrollo de Personal para la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad. **Criterio de Programación:** - Oportunidad, plan aprobado antes del 07 de febrero de cada año. - Cobertura: un plan de la organización (GERESA, Red, Hospital, Microrred, EE.SS Nivel I) por año. - Integralidad: debe comprender toda la estructura del plan de Desarrollo de Personal para la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad. **Programar un plan por cada GERESA, Red, Hospital, Microrred y EE.SS (100%).**	NA
Planificación	1	01EPGC	Elaboración del Plan de Gestión de la Calidad en Salud/ Plan táctico por DIRESA/ GERESA/ DIRIS/ SANIDADES y ESSALUD.	Plan aprobado RD	Documento mediante el cual se establecen los antecedentes/ análisis, objetivos, estrategias, actividades, tareas, bienes y servicios, presupuesto, cronograma e indicadores relacionadas a las líneas de acción del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud (SGCS). **Criterio de Programación:** - Oportunidad, plan aprobado antes del 07 de febrero de cada año. - Cobertura: un plan de la organización por año y que comprenda los planes específicos de los procesos del SGCS. - Integralidad: debe comprender toda la estructura del plan de SGCS y los respectivos planes específicos del SGCS. **Programar un plan del SGCS y sumar los Planes específicos del SGCS.**	PLANEAMIENTO Y PRESUPUESTO	1	Documento mediante el cual se establecen los antecedentes/ análisis, objetivos, estrategias, actividades, tareas, bienes y servicios, presupuesto, cronograma e indicadores relacionadas al proceso de Evaluación (gestión administrativa y Gestión Asistencial). **Criterio de Programación:** - Oportunidad, plan aprobado antes del 28 de febrero de cada año. - Cobertura: un plan de la organización (GERESA, Red, Hospital, Microrred, EE.SS Nivel I) por año. - Integralidad: debe comprender toda la estructura del plan de Evaluación (gestión/administración y provisión de servicios de salud). **Programar un plan por cada GERESA, Red, Hospital, Microrred, EE.SS (100%).**	1

Planificación	1	01EPGC	Elaboración del Plan de Gestión de la Calidad en Salud/ Plan táctico por DIRESA/ GERESA/ DIRIS/ SANIDADES y ESSALUD.	Plan aprobado RD	Documento mediante el cual se establecen los antecedentes/ análisis, objetivos, estrategias, actividades, tareas, bienes y servicios, presupuesto, cronograma e indicadores relacionadas a las líneas de acción del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud (SGCS). **Criterio de Programación:** - Oportunidad, plan aprobado antes del 07 de febrero de cada año. - Cobertura: un plan de la organización por año y que comprenda los planes específicos de los procesos del SGCS. - Integralidad: debe comprender toda la estructura del plan de SGCS y los respectivos planes específicos del SGCS. **Programar un plan del SGCS y sumar los Planes específicos del SGCS.**	PLANEAMIENTO Y PRESUPUESTO	1	Documento mediante el cual se establecen los antecedentes/ análisis, objetivos, estrategias, actividades, tareas, bienes y servicios, presupuesto, cronograma e indicadores relacionadas al proceso de Supervisión Integral (gestión administrativa y Gestión Asistencial). **Criterio de Programación:** - Oportunidad, plan aprobado antes del 28 de febrero de cada año. - Cobertura: un plan de la organización (GERESA, Red, Hospital, Microrred, EE.SS Nivel I) por año. - Integralidad: debe comprender toda la estructura del plan de Supervisión Integral (gestión/administración y provisión de servicios de salud). **Programar un plan por cada GERESA, Red, Hospital, Microrred, EE.SS (100%).**	2
Control de la gestión	2	02EAPG	Evaluación del avance del Plan de Gestión de la Calidad en Salud/ Plan Táctico por DIRESA/ GERESA/ DIRIS/ SANIDADES Y ESSALUD.	Informe	Documento mediante el cual se mide el cumplimiento de las actividades programadas de acuerdo a los objetivos relacionados a las líneas de acción del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, establecidos en el Plan.	MONITOREO, SUPERVISION, EVALUACION Y CONTROL DEL PROGRAMA ARTICULADO	2	Proceso mediante el cual se mide el cumplimiento de los productos/ actividades y resultados programados de acuerdo al Plan táctico y los planes específicos de la organización. Las modalidades pueden ser presenciales, virtuales o mixtos. **Criterio de Programación:** - Oportunidad, informe de evaluación anual (del ejercicio fiscal previo) antes del 15 de febrero de cada año, y la evaluación semestral antes del 15 de agosto del presente año fiscal. Se elabora el Plan/TdR de evaluación Antes de los 45 días Calendarios al proceso de evaluación. - Cobertura: Evaluar la totalidad de las unidades/ servicios/ departamentos/ EE.SS/ MR/Red/ que estén comprendidas en el plan táctico y los planes específicos. - Integralidad: debe comprender la totalidad de productos/ actividades y resultados programados en el plan táctico y planes específicos. **Programar una evaluación anual y una semestral por cada GERESA, Red, Hospital, Microrred y EE.SS (100%).**	2

Control de la gestión	3	03EAPG	Monitoreo del avance del Plan de Gestión de la Calidad en Salud por DIRESA/ GERESA/ DIRIS/ SANIDADES Y ESSALUD.	Informe	Documento mediante el cual se mide el cumplimiento de las actividades programadas de acuerdo a los objetivos relacionados a las líneas de acción del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, establecidos en el Plan.	CONDUCCION Y ORIENTACION SUPERIOR	3	Proceso mediante el cual se mide el cumplimiento de las tareas programados de acuerdo al Plan táctico y los planes especificos de la organización. Las modalidades pueden ser presenciales, virtuales o mixtos. **Criterio de Programación:** - Oportunidad, informe de Monitoreo de los tres primeros trimestres del presente ejercicio fiscal, antes del día 15 del mes siguiente al trimestre transcurrido. - Cobertura: Monitoreo a la totalidad de las unidades/ servicios/ departamentos/ EE.SS/ MR/Red/ que estén comprendidas en el plan táctico y los planes especificos. - Integralidad: debe comprender la totalidad de actividades programados en el plan táctico y planes específicos. **Programar una evaluación anual y una semestral por cada GERESA, Red, Hospital, Microrred y EE.SS (100%).**	3
Garantía y Mejora	4	04LVSC	Vigilancia de la implementación de la seguridad de la Cirugía en centros quirúrgicos de los establecimientos de salud d III nivel de atención.	Informe	Acciones de vigilancia del cumplimiento de la Inplementacion de la seguridad de la cirugía en los centros quirúrgicos de los establecimientos de salud del II y III nivel de atención que realicen intervenciones quirúrgicas. Criterio de Programación: - Oportunidad: Registro del instrumentode la lista de verificación de la seguridad de la cirugía en los centros quirúrgicos de los establecimientos de salud del II y III nivel de atención que realicen intervenciones quirúrgicas. - Cobertura: Todos los establecimientos de salud del II y III nivel de atención con centros quirúrgicos que realicen intervenciones quirúrgicas. - Integralidad: debe comprender como actividad en el plan específico. **Programar:** **HOSPITALES DEL II Y III nivel: Programar la vigilancia de la implementacion de la seguridad de la cirugia en el 100% de los establecimientos de salud del II y III nivel de atención con centros quirúrgicos que realicen intervenciones quirúrgicas.**	GESTIÓN ADMINISTRA	1	Proceso mediante el cual se conforma y aprueba el Equipo conductor de la seguridad de la cirugía con un acto resolutivo. Criterio de Programación: - Oportunidad, Resolucion Directoral de la Conformación del Equipo conductor de la seguridad de la cirugía antes del 28 de febrero del año fiscal. - Cobertura: Vigilancia a la totalidad de los servicios/ departamentos/ involucrados. - Integralidad: debe comprender la totalidad de actividades programados en el plan táctico y planes específicos. **Programar la conformación anual y/o multianual del Equipo conductor de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía con acto resolutivo de los establecimientos de salud del II y III nivel de atención que realicen intervenciones quirúrgicas.**	1

Garantía y Mejora	4	04LVSC	Vigilancia de la implementación de la seguridad de la Cirugía en centros quirúrgicos de los establecimientos de salud III nivel de atención,.	Informe	Acciones de vigilancia del cumplimiento de la Inplementacion de la seguridad de la cirugía en los centros quirúrgicos de los establecimientos de salud del II y III nivel de atención que realicen intervenciones quirúrgicas. Criterio de Programación: - Oportunidad: Registro del instrumentode la lista de verificación de la seguridad de la cirugía en los centros quirúrgicos de los establecimientos de salud del II y III nivel de atención que realicen intervenciones quirúrgicas. - Cobertura: Todos los establecimientos de salud del II y III nivel de atención con centros quirúrgicos que realicen intervenciones quirúrgicas. - Integralidad: debe comprender como actividad en el plan específico. **Programar:** **HOSPITALES DEL II Y III nivel: Programar la vigilancia de la implementacion de la seguridad de la cirugia en el 100% de los establecimientos de salud del II y III nivel de atención con centros quirúrgicos que realicen intervenciones quirúrgicas.**	GESTIÓN ADMINISTRA	12	Proceso mediante el cual se aplica la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía en el proceso de la atención quirúrgica programada y de emergencia . Criterio de Programación: - Oportunidad, en cada intervención quirúrgica . - Cobertura: todas las intervenciones quirúrgicas programadas y de emergencia. - Integralidad: debe comprender como actividad en el planes específicos. **Programar la aplicación de la LVSC al 100% de las cirugía programadas y de emergencia en los hospitales del II y III de atención. No Aplica GERESA**	12
Garantía y Mejora	4	04LVSC	Vigilancia de la implementación de la seguridad de la Cirugía en centros quirúrgicos de los establecimientos de salud del II y III nivel	Informe	Acciones de vigilancia del cumplimiento de la Inplementacion de la seguridad de la cirugía en los centros quirúrgicos de los establecimientos de salud del II y III nivel de atención que realicen intervenciones quirúrgicas. Criterio de Programación: - Oportunidad: Registro del instrumentode la lista de verificación de la seguridad de la cirugía en los centros quirúrgicos de los establecimientos de salud del II y III nivel de atención que realicen intervenciones quirúrgicas. - Cobertura: Todos los establecimientos de salud del II y III nivel de atención con centros quirúrgicos que realicen intervenciones quirúrgicas. - Integralidad: debe comprender como actividad en el plan específico. **Programar:** **HOSPITALES DEL II Y III nivel: Programar la vigilancia de la implementacion de la seguridad de la cirugia en el 100% de los establecimientos de salud del II y III nivel de atención con centros quirúrgicos que realicen intervenciones quirúrgicas.**	GESTIÓN ADMINISTRA	4	Proceso mediante el cual el Equipo conductor de la seguridad de la cirugía analiza y retroalimenta los resultados de la implementación de Lista de Verificacion de la Seguridad de la Cirugia . Criterio de Programación: - Oportunidad, al quinto día del mes siguiente. - Cobertura: análisis y retroalimentación de3 los resultados a los servicios/ departamentos involucrados. - Integralidad: debe comprender en la totalidad de actividades programadas en el plan específico. **Programar el análisis al 100% de las LVSC aplicadas en las intervenciones quirúrgicas programadas y de emergencia en los hospitales del II y III de atención,**	4

Garantía y Mejora	4	04LVSC	Vigilancia de la implementación de la seguridad de la Cirugía en centros quirúrgicos de los establecimientos de salud del III nivel de atención,		Acciones de vigilancia del cumplimiento de la Inplementacion de la seguridad de la cirugía en los centros quirúrgicos de los establecimientos de salud del II y III nivel de atención que realicen intervenciones quirúrgicas. Criterio de Programación: - Oportunidad: Registro del instrumentode la lista de verificación de la seguridad de la cirugía en los centros quirúrgicos de los establecimientos de salud del II y III nivel de atención que realicen intervenciones quirúrgicas. - Cobertura: Todos los establecimientos de salud del II y III nivel de atención con centros quirúrgicos que realicen intervenciones quirúrgicas. - Integralidad: debe comprender como actividad en el plan específico. **Programar:** **HOSPITALES DEL II Y III nivel: Programar la vigilancia de la implementacion de la seguridad de la cirugia en el 100% de los establecimientos de salud del II y III nivel de atención con centros quirúrgicos que realicen intervenciones quirúrgicas.**	GESTIÓN ADMINISTRA	4	Proceso mediante el cual la Oficina/Unidad de gestión de la Calidad de los hospitales de II y III nivel de atención informan a la Direccion de Gestion y Calidad Sanitaria-GERESA.. Criterio de Programación: - Oportunidad, al dia 10 del mes siguiente de trimestre informado. - Cobertura: Informe de los 4 trimestres del año fiscal. - Integralidad: debe comprender la totalidad de actividades programados en el plan específico. **Programar el 100% de los informes que desarrollara las oficinas /Unidades De Gestión de la Calidad de personal de los hospitales del II y III de atención, que realizan intervenciones quirúrgicas**	4
	5	05REAS	Vigilancia de la implementación del Registro, Notificación y Análisis de la ocurrencia de Eventos Adversos en Salud	Informe	Acciones de vigilancia de la ocurrencia de incidentes y/o eventos adversos en salud, en los servicios/departamentos de los establecimientos de salud del I,II y III nivel de atencion. Criterio de Programación: - Oportunidad: El registro y notifica al momento de la ocurrencia; el analisis y retroalimentacion mensual y el informe del incidente y/o evento adverso en salud trimestralmente. - Cobertura: todos los incidentes y/o eventos adversos en salud, de acuerdo al nivel de atencion. - Integralidad: debe comprender como actividad en el plan específico. **Programar:** **HOSPITALES DEL II Y III nivel: Programar la vigilancia de la ocurrencia de incidentes y/o eventos adversos en salud en el 100% de los departamento/servicios.** **REDES: Programar la vigilancia de la ocurrencia de incidentes y/o eventos adversos en salud en el 100% de los Establecimientos de Salud I-4 y I-3 del I nivel de atencion.**	GESTION ADMINISTRA	12	Proceso mediante el cual se registra, notifica la ocurrencia de incidentes y/o eventos adversos en salud, en los servicios/departamentos de los establecimientos de salud.adel I,II y III nivel de atencion. Criterio de Programación: - Oportunidad, el momento de la ocurrencia del incidente y/o evento adverso en salud. - Cobertura: todos los incidentes y/o eventos adversos en salud, de acuerdo al nivel de atencion. - Integralidad: debe comprender como actividad en el plan específico. **Programar el registro y la notificacion de la ocurrencia de incidentes y/o eventos adversos en salud en el 100% de los departamento/servicios hospitalarios del II, III y en los I-4 y I-3 del I nivel de atencion.**	12

	5	05REAS	Vigilancia de la implementación del Registro, Notificación y Análisis de la ocurrencia de Eventos Adversos en Salud	Informe	Acciones de vigilancia de la ocurrencia de incidentes y/o eventos adversos en salud, en los servicios/departamentos de los establecimientos de salud del I,II y III nivel de atención. Criterio de Programación: - Oportunidad: El registro y notifica al momento de la ocurrencia; el análisis y retroalimentación mensual y el informe del incidente y/o evento adverso en salud trimestralmente. - Cobertura: todos los incidentes y/o eventos adversos en salud, de acuerdo al nivel de atención. - Integralidad: debe comprender como actividad en el plan específico. **Programar:** **HOSPITALES DEL II Y III nivel: Programar la vigilancia de la ocurrencia de incidentes y/o eventos adversos en salud en el 100% de los departamento/servicios.** **REDES: Programar la vigilancia de la ocurrencia de incidentes y/o eventos adversos en salud en el 100% de los Establecimientos de Salud I-4 y I-3 del I nivel de atención.**	GESTION ADMINISTRA	4	Proceso mediante el cual se analiza y retroalimenta los resultados de la ocurrencia de los incidentes y/o eventos adversos en salud, en los servicios/departamentos de los establecimientos de salud del II , III y en los I-4 y I-3 del I nivel de atención. Criterio de Programación: - Oportunidad, al 03 del mes siguientes de la ocurrencia. - Cobertura: La totalidad de servicios/ departamentos hospitalarios del II,III nivel y I-3 y I-4 del I nivel de atención. - Integralidad: debe comprender la totalidad de actividades programados en el plan específico. **Programar el análisis y retroalimentación en el 100% de los servicios/ departamentos hospitalarios del II,III nivel y I-3 y I-4 del I nivel de atención.**	4
Garantia y Mejora	5	05REAS	Vigilancia de la implementación del Registro, Notificación y Análisis de la ocurrencia de Eventos Adversos en Salud	Informe	Acciones de vigilancia de la ocurrencia de incidentes y/o eventos adversos en salud, en los servicios/departamentos de los establecimientos de salud del I,II y III nivel de atención. Criterio de Programación: - Oportunidad: El registro y notifica al momento de la ocurrencia; el análisis y retroalimentación mensual y el informe del incidente y/o evento adverso en salud trimestralmente. - Cobertura: todos los incidentes y/o eventos adversos en salud, de acuerdo al nivel de atención. - Integralidad: debe comprender como actividad en el plan específico. **Programar:** **HOSPITALES DEL II Y III nivel: Programar la vigilancia de la ocurrencia de incidentes y/o eventos adversos en salud en el 100% de los departamento/servicios.** **REDES: Programar la vigilancia de la ocurrencia de incidentes y/o eventos adversos en salud en el 100% de los Establecimientos de Salud I-4 y I-3 del I nivel de atención.**	GESTION ADMINISTRA	4	Proceso mediante el cual la Oficina/Unidad de gestión de la Calidad de los hospitales de II y III nivel de atención informan a la Dirección de Gestión y Cálida Sanitaria-GERESA.. **Criterio de Programación:** - Oportunidad, al día 10 del mes siguiente de trimestre informado. - Cobertura: Informe de los 4 trimestres del año fiscal. - Integralidad: debe comprender la totalidad de actividades programados en el plan específico. **Programar el 100% de los informes que desarrollara las oficinas /Unidades de Gestión de la Calidad de personal de los hospitales del II y III y I nivel de atención.**	4

Garantia y Mejora	6	06IACA	Implementación de la Auditoría de la Calidad de Atención en Salud en los establecimientos de salud.	Informe	Es el procedimiento sistemático y continuo de evaluación del cumplimiento, por los profesionales de salud, de estándares y requisitos de calidad de los procesos de atención en salud a los usuarios de manera individual, y que tiene como finalidad fundamental la búsqueda de la mejora continua de las atenciones en los establecimientos de salud	ACCIONES DE CONTROL Y AUDITORIA	4	Auditoría Médica/ Salud interno: Es el procedimiento sistemático y continuo de evaluación del cumplimiento, por los profesionales de salud, de estándares y requisitos de calidad de los procesos de atención en salud a los usuarios de manera individual, y que tiene como finalidad fundamental la búsqueda de la mejora continua de las atenciones en los establecimientos de salud. Las Auditorías internas, en sus diferentes modalidades, se desarrolla en todo los Establecimientos de Salud (Primer nivel de atención, puede contar con comités a nivel de MR y o Red, cuando se tiene recursos humanos capacitados escasos). **Criterio de Programación:** - **Oportunidad**, estricto cumplimiento de los tiempos establecidos en la Norma técnica de Auditoría en salud vigente. - **Cobertura**: RED realiza la totalidad de 100% EE.SS Nivel I Categoría 4 y 100% Hospitales Nivel II y III, en concordancia al numeral 6.4.5 de la norma técnica de auditoría. - **Integralidad**: La Red, a través de los EE.SS. I-4 y los Hospitales Realizan, cumplen los procesos y procedimientos, así como los criterios de valoración de los informes. **Programar:** Red: Programar un informe por trimestres de las auditorías realizadas de su ámbito de jurisdicción. Hospitales II y III: Programar un informe por trimestres de las auditorías realizadas de su ámbito de los servicios/ departamentos/ área/ unidad. EE.SS Primer nivel: un informe trimestral de las auditorías realizadas a nivel de los establecimientos de salud por los comités conformados.	4

Garantía y Mejora	6	06IACA	Implementación de la Auditoría de la Calidad de Atención en Salud en los establecimientos de salud.	Informe	Es el procedimiento sistemático y continuo de evaluación del cumplimiento, por los profesionales de salud, de estándares y requisitos de calidad de los procesos de atención en salud a los usuarios de manera individual, y que tiene como finalidad fundamental la búsqueda de la mejora continua de las atenciones en los establecimientos de salud	ACCIONES DE CONTROL Y AUDITORIA	4	Auditoría de gestión clínica/ Sanitaria: es una modalidad de Auditoría de Gestión aplicada a los establecimientos y servicios de salud, que puede motivar oportunidades de mejoras en términos de eficiencia, efectividad, cobertura, costos, y calidad de la atención brindada. En este caso la calidad es enfocada desde la perspectiva del conjunto de atenciones ofrecidas, y no desde la atención individual. Se prioriza la evaluación de los Registros Asistenciales y es desarrollado por los Establecimientos de salud de los tres niveles de atención. **Criterio de Programación:** - **Oportunidad**, cumplimiento en concordancia a la programación realizada por el EE.SS. - **Cobertura**: Corresponde al 100% de EE.SS de los tres niveles de atención. - **Integralidad**: Aplicación de los criterios de valoración recomendados por la norma técnica de auditoría y o instrumentos proporcionados por la GERESA. **Programar:** Red: Programar un informe por trimestres de las auditorias de gestión Clínica/ Sanitaria en su modalidad de evaluación de registros asistenciales. Hospitales II y III: Programar un informe por trimestres de las auditorias de gestión Clínica/ Sanitaria en su modalidad de evaluación de registros asistenciales. EE.SS Primer nivel: de las auditorias de gestión Clínica/ Sanitaria en su modalidad de evaluación de registros asistenciales.	4

Garantia y Mejora	7	07PMCC	Implementación de la metodología para elaboración de acciones de mejora continua y uso de herramientas para la gestión de la calidad.	Informe	Planeamiento e implementación de acciones y proyectos de mejora empleando las tecnicas basicas y herramientas de calidad con los resultados de los procesos desarrollados del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud y/o prioridades regionales identificadas. **Criterio de Programación:** - **Oportunidad**, Informe semestral remitido a las organizaciones inmedito superiores (EE.SS. MR, Red, Hospital, GERESA) de las acciones y proyectos de mejora programadas e implementadas del presente año fiscal - **Cobertura**: El informe comprende el total de las acciones de mejora implementadas en los establecimientos del primer nivel y Hospitales del II y III Nivel de Atención - **Integralidad**: debe comprender la estructura de informe (semestral y final) con las acciones y proyectos de mejora implementadas por todo los niveles de atención. **Programar**: **EE.SS**, programa la cantidad de acciones y proyectos de mejora que implementarán en un año fiscal e informaran cada semestre. **Las Redes, Hospitales** Programan informes semestrales de la totalidad de Acción y Proyectos de Mejora de sarrollados en su ámbito.	PLANEAMIENTO Y PRESUPUESTO	2	Planificación e implementación de acciones de mejora empleando las tecnicas básicas y herramientas de calidad con el resultados de los procesos desarrollados del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud y/o prioridades regionales identificadas. **Criterio de Programación**: - **Oportunidad**, Informe semestral remitido a la GERESA de las acciones de mejora programadas e implementadas el 1° informe 31 de julio y 2° informe final 15 de enero del del siguiente año fiscal - **Cobertura:** El informe comprende el total de las acciones de mejora programados e implementadas en los establecimientos del primer nivel y Hospitales del II y III Nivel de Atención - **Integralidad:** debe comprender la estructura de informe (semestral y final) con llas acciones de mejora programadas e implementadas en los EESS del ámbito de la Red y Hospitales de II y III Nivel de atención. **Programar:** **EE.SS**, programa la cantidad de acciones de mejora que implementarán en un año fiscal e informaran cada semestre. **Las Redes, Hospitales,** Programan informes semestrales de la totalidad de Acción y Proyectos de Mejora de sarrollados en su ámbito.	2

Garantía y Mejora	7	07PMCC	Implementación de la metodología para elaboración de proyectos de mejora continua y uso de herramientas para la gestión de la calidad.	Informe	Planeamiento e implementación de acciones y proyectos de mejora empleando las tecnicas basicas y herramientas de calidad con los resultados de los procesos desarrollados del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud y/o prioridades regionales identificadas. **Criterio de Programación:** - **Oportunidad**, Informe semestral remitido a las organizaciones inmediato superiores (EE.SS. MR, Red, Hospital, GERESA) de las acciones y proyectos de mejora programadas e implementadas del presente año fiscal - **Cobertura**: El informe comprende el total de las acciones de mejora implementadas en los establecimientos del primer nivel y Hospitales del II y III Nivel de Atención - **Integralidad**: debe comprender la estructura de informe (semestral y final) con las acciones y proyectos de mejora implementadas por todo los niveles de atención. **Programar**: **EE.SS**, programa la cantidad de acciones y proyectos de mejora que implementarán en un año fiscal e informaran cada semestre. **Las Redes, Hospitales** Programan informes semestrales de la totalidad de Acción y Proyectos de Mejora desarrollados en su ámbito.	PLANEAMIENTO Y PRESUPUESTO	1	Planificación e implementación de proyectos de mejora empleando las técnicas básicas y herramientas de calidad con el resultados de los procesos desarrollados del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud y/o prioridades regionales identificadas. Criterio de Programación: - **Oportunidad,** Informe semestral remitido a la GERESA de las proyectos según fase: estudio, formulado, implementado y consolidado programadas e implementadas; el 1° informe 31 de julio y 2° informe final 15 de diciembre del año fiscal - **Cobertura:** El informe comprende el total de las proyectos programados y según fase: estudio, formulado, implementado y consolidado de los establecimientos del primer nivel y Hospitales del II y III Nivel de Atención - **Integralidad:** debe comprender la estructura de informe (semestral y final) con los proyectos según fase: estudio, formulado, implementado y consolidado programadas e implementadas en los EESS del ámbito de la Red y Hospitales de II y III Nivel de atención **Programar:** **EE.SS**, programa la cantidad de proyectos de mejora que implementarán en un año fiscal e informaran cada semestre. **Las Redes, Hospitales,** Programan informes semestrales de la totalidad de Proyectos de Mejora Desarrollados en su ámbito.	1
Gestión de Recursos Humanos	8	08DERE	Desarrollo del Encuentro Regiona/Institucionall de Experiencias en Mejoramiento Continuo de la Calidad en Salud.	Informe	Actividad de organización de Encuentro para difusión de experiencias de mejora de la calidad en la atención en salud de los diferentes equipos de mejora de establecimientos de salud del ámbito regional o institucional, en forma previa a su participación en el Encuentro Nacional de la Semana de la Calidad en Salud.	GESTION DE RECURSOS HUMANOS	1	Actividad de organización de Encuentro para difusión de experiencias de mejora de la calidad en la atención en salud de los diferentes equipos de mejora de establecimientos de salud del ámbito regional o institucional, en forma previa a su participación en el Encuentro Nacional de la Semana de la Calidad en Salud. - **Oportunidad**, Desarrollo del evento entre agosto y septiembre del año fiscal correspondiente. - **Cobertura:** Comprende la presentación de la totalidad de las acciones y proyectos de mejora implementados y concluidos. - **Integralidad:** Debe basarse en la estructura previamente establecido y con todo los contenidos mínimos y con la participación de todos los órganos desconcentrados de la GERESA. **Programar Un evento al año: GERESA.**	NA

Garantía y Mejora	9	09IAHM	Vigilancia de la adherencia a la higiene de manos en los establecimientos de salud I, II y III nivel de atención.	Informe	Acciones de vigilancia desplegadas en coordinación con epidemiología, área administrativa y otros y del porcentaje de cumplimiento de la adherencia a la higiene de manos: técnica correcta y 5 momentos, asimismo, actividades alusivas al Dia Mundial de la Higiene de Manos Sanitario en los servicios/departamentos de los establecimientos de salud del I,II y III nivel de atención. Criterio de Programación: - Oportunidad: Evaluación de la adherencia a la higiene de manos en los servicios/ departamentos de los hospitales del II y III nivel y os EE.SS. del I nivel de atención. - Cobertura: Todos los los servicios/ departamentos de los hospitales del II y III nivel y os EE.SS. del I nivel de atención. - Integralidad: debe comprender como actividad en el plan específico. **Programar:** **HOSPITALES DEL II Y III nivel: Programar la vigilancia Vigilancia de la adherencia a la higiene de manos en los establecimientos de salud I, II y III nivel de atención en el 100% de los departamento/servicios.** **REDES: Programar la vigilancia de la adherencia a la higiene de manos en el 100% de los Establecimientos de Salud del I nivel de atención.**	GESTION ADMINISTRA	1	Proceso mediante el cual se conforma el Comité de Seguridad del Paciente y reconocido con un acto resolutivo. Criterio de Programación: - Oportunidad, Resolución Directoral de la Conformación del Comité de Seguridad del Paciente a antes del 28 febrero del año fiscal. - Cobertura: Vigilancia a la totalidad de los servicios/ departamentos/ establecimientos de salud involucrados. - Integralidad: debe comprender la totalidad de actividades programados en el plan específico. Programar: HOSPITALES: Conformación del comité de Seguridad del Paciente anual y/o multianual en el 100% de Hospitales del II y III de atención, REDES: Conformación del comité de Seguridad del Paciente anual y/o multianual en el 100% redes.	1

Garantia y Mejora	9	09IAHM	Vigilancia de la adherencia a la higiene de manos en los establecimientos de salud I, II y III nivel de atención.	Informe	Acciones de vigilancia desplegadas en coordinación con epidemiología, área administrativa y otros y del porcentaje de cumplimiento de la adherencia a la higiene de manos: técnica correcta y 5 momentos, asimismo, actividades alusivas al Día Mundial de la Higiene de Manos Sanitario en los servicios/departamentos de los establecimientos de salud del I,II y III nivel de atención. Criterio de Programación: - Oportunidad: Evaluación de la adherencia a la higiene de manos en los servicios/ departamentos de los hospitales del II y III nivel y os EE.SS. del I nivel de atención. - Cobertura: Todos los los servicios/ departamentos de los hospitales del II y III nivel y os EE.SS. del I nivel de atención. - Integralidad: debe comprender como actividad en el plan específico. **Programar:** **HOSPITALES DEL II Y III nivel: Programar la vigilancia Vigilancia de la adherencia a la higiene de manos en los establecimientos de salud I, II y III nivel de atencion en el 100% de los departamento/servicios.** **REDES: Programar la vigilancia de la adherencia a la higiene de manos en el 100% de los Establecimientos de Salud del I nivel de atención.**	GESTION ADMINISTRA	12	Proceso mediante el cual se aplica el instrumento de Vigilancia de los insumos y materiales para la higiene de manos en los servicios de los establecimientos del I,II y III nivel de atención. Criterio de Programación: - Oportunidad: Mensual. - Cobertura: A todos los servicios de los EE.SS. del I, II y III nivel de atención. - Integralidad: debe comprender como actividad en el plan específico. Programar: HOSPITALES: la aplicación del instrumento de vigilancia de los insumos y materiales para la higiene de manos del 100% de los servicios de los Hospitales II y III nivel de atención. REDES : la aplicación del instrumento de vigilancia de los insumos y materiales para la higiene de manos del 100% de los servicios los EE.SS. del I nivel de atención.	12

Garantía y Mejora	9	09IAHM	Vigilancia de la adherencia a la higiene de manos en los establecimientos de salud I, II y III nivel de atención.	Informe	Acciones de vigilancia desplegadas en coordinación con epidemiología, área administrativa y otros y del porcentaje de cumplimiento de la adherencia a la higiene de manos: técnica correcta y 5 momentos, asimismo, actividades alusivas al Día Mundial de la Higiene de Manos Sanitario en los servicios/departamentos de los establecimientos de salud del I,II y III nivel de atención. Criterio de Programación: - Oportunidad: Evaluación de la adherencia a la higiene de manos en los servicios/ departamentos de los hospitales del II y III nivel y os EE.SS. del I nivel de atención. - Cobertura: Todos los los servicios/ departamentos de los hospitales del II y III nivel y os EE.SS. del I nivel de atención. - Integralidad: debe comprender como actividad en el plan especifico. **Programar:** **HOSPITALES DEL II Y III nivel: Programar la vigilancia Vigilancia de la adherencia a la higiene de manos en los establecimientos de salud I, II y III nivel de atencion en el 100% de los departamento/servicios.** **REDES: Programar la vigilancia de la adherencia a la higiene de manos en el 100% de los Establecimientos de Salud del I nivel de atencion.**	GESTION ADMINISTRA	12	Proceso mediante el cual se aplica el instrumento de Verificación observacion de la Técnica de higiene de manos en los servicios de los establecimientos del I,II y III nivel de atención. Criterio de Programación: - Oportunidad: 1 vez por semana.. - Cobertura: Todos los servicios hospitalarios y el 50% delos servicios intermedios y de C. Externa en los hospitales de II y III nivel de atención, en el 80% de los EE.SS. de I nivel de atención. - Integralidad: debe comprender como actividad en el plan específico. Programar: HOSPITALES : la aplicación del instrumento de observación de la Técnica de higiene de manos al 100% de la cobertura programada en los servicios de los Hospitales II y III nivel de atención. REDES : la aplicación del instrumento de observación de la Técnica de higiene de manos al 100% de la cobertura programada en los EE.SS. del nivel de atención.	12

Garantia y Mejora	9	09IAHM	Vigilancia de la adherencia a la higiene de manos en los establecimientos de salud I, II y III nivel de atencion.	Informe	Acciones de vigilancia desplegadas en coordinación con epidemiología, área administrativa y otros y del porcentaje de cumplimiento de la adherencia a la higiene de manos: técnica correcta y 5 momentos, asimismo, actividades alusivas al Día Mundial de la Higiene de Manos Sanitario en los servicios/departamentos de los establecimientos de salud del I,II y III nivel de atención. Criterio de Programación: - Oportunidad: Evaluación de la adherencia a la higiene de manos en los servicios/ departamentos de los hospitales del II y III nivel y os EE.SS. del I nivel de atención. - Cobertura: Todos los los servicios/ departamentos de los hospitales del II y III nivel y os EE.SS. del I nivel de atención. - Integralidad: debe comprender como actividad en el plan específico. **Programar:** **HOSPITALES DEL II Y III nivel: Programar la vigilancia Vigilancia de la adherencia a la higiene de manos en los establecimientos de salud I, II y III nivel de atención en el 100% de los departamento/servicios.** **REDES: Programar la vigilancia de la adherencia a la higiene de manos en el 100% de los Establecimientos de Salud del I nivel de atención.**	GESTION ADMINISTRA	12	Proceso mediante el cual se aplica el instrumento de evaluación de la adherencia a la higiene de manos en los servicios de los establecimientos del I,II y III nivel de atención. Criterio de Programación: - Oportunidad: 02 veces por mes. - Cobertura: Todos los servicios hospitalarios y el 50% delos servicios intermedios y de C. Externa en los hospitales de II y III nivel de atención, en el 80% de los EE.SS. de I I nivel.. - Integralidad: debe comprender como actividad en el plan específico. HOSPITALES : la aplicación del instrumento de evaluación de la adherencia a la higiene de manos al 100% de la cobertura programada en los servicios de los Hospitales II y III nivel de atención. REDES : la aplicación del instrumento de evaluación de la adherencia a la higiene de manos al 100% de la cobertura programada en los EE.SS. del nivel de atención.	12

Garantía y Mejora	9	09IAHM	Vigilancia de la adherencia a la higiene de manos en los establecimientos de salud I, II y III nivel de atención.	Informe	Acciones de vigilancia desplegadas en coordinación con epidemiología, área administrativa y otros y del porcentaje de cumplimiento de la adherencia a la higiene de manos: técnica correcta y 5 momentos, asimismo, actividades alusivas al Día Mundial de la Higiene de Manos Sanitario en los servicios/departamentos de los establecimientos de salud del I,II y III nivel de atención. Criterio de Programación: - Oportunidad: Evaluación de la adherencia a la higiene de manos en los servicios/ departamentos de los hospitales del II y III nivel y os EE.SS. del I nivel de atención. - Cobertura: Todos los los servicios/ departamentos de los hospitales del II y III nivel y os EE.SS. del I nivel de atención. - Integralidad: debe comprender como actividad en el plan específico. **Programar:** **HOSPITALES DEL II Y III nivel: Programar la vigilancia Vigilancia de la adherencia a la higiene de manos en los establecimientos de salud I, II y III nivel de atención en el 100% de los departamento/servicios.** **REDES: Programar la vigilancia de la adherencia a la higiene de manos en el 100% de los Establecimientos de Salud del I nivel de atención.**	GESTION ADMINISTRA	4	Proceso mediante el cual se analiza y retroalimenta los resultados de la observación de la técnica y evaluación de la adherencia a la higiene de manos en los servicios de los establecimientos del I,II y III nivel de atención. Criterio de Programación: - Oportunidad, Una vez por mes.. - Cobertura: Todos los servicios hospitalarios y el 50% delos servicios intermedios y de C. Externa en los hospitales de II y III nivel de atención, en el 80% de los EE.SS. de I I nivel.. - Integralidad: debe comprender como actividad en el plan específico. GERESA: 02 veces al año HOSPITALES : cada mes del 100% de la c REDES : la aplicación del instrumento de observación de la Técnica de higiene de manos al 100% de la cobertura programada en los EE.SS. del nivel de atención.	4

Garantía y Mejora	9	09IAHM	Vigilancia de la adherencia a la higiene de manos en los establecimientos de salud I, II y III nivel de atencion.	Informe	Acciones de vigilancia desplegadas en coordinación con epidemiología, área administrativa y otros y del porcentaje de cumplimiento de la adherencia a la higiene de manos: técnica correcta y 5 momentos, asimismo, actividades alusivas al Día Mundial de la Higiene de Manos Sanitario en los servicios/departamentos de los establecimientos de salud del I,II y III nivel de atención. Criterio de Programación: - Oportunidad: Evaluación de la adherencia a la higiene de manos en los servicios/ departamentos de los hospitales del II y III nivel y os EE.SS. del I nivel de atención. - Cobertura: Todos los los servicios/ departamentos de los hospitales del II y III nivel y os EE.SS. del I nivel de atención. - Integralidad: debe comprender como actividad en el plan específico. **Programar:** **HOSPITALES DEL II Y III nivel: Programar la vigilancia Vigilancia de la adherencia a la higiene de manos en los establecimientos de salud I, II y III nivel de atención en el 100% de los departamento/servicios.** **REDES: Programar la vigilancia de la adherencia a la higiene de manos en el 100% de los Establecimientos de Salud del I nivel de atención.**	GESTION ADMINISTRA	4	Proceso mediante el cual la Oficina/Unidad de gestión de la Calidad de los hospitales de II y III y las redes informan a la Dirección de Gestión y Calidad Sanitaria-GERESA.. Criterio de Programación: - Oportunidad, al día 10 del mes siguiente de trimestre informado. - Cobertura: Informe de los 4 trimestres del año fiscal. - Integralidad: debe comprender la totalidad de actividades programados en el plan específico. Programar19/01/2022 GERESA: O2 Informes semestral HOSPITALES: el 100% de los informes que desarrollara las oficinas /Unidades de Gestión de la Calidad de los hospitales del II, III nivel de atención. REDES : el 100% de los informes que desarrollara las Unidades de Gestión de la Calidad de las redes.	4
Garantía y Mejora	10	10IRSP	Vigilancia de la Implementación de las Rondas de Seguridad del Paciente	Informe	Acciones de vigilancia de la aplicación de las rondas de seguridad del paciente, mediante la aplicación de los verificadores en los servicios de hospitalización del II y III nivel de atención y los I-4 del I nivel de atención. Criterio de Programación: - Oportunidad: Evaluación de las rondas de seguridad del paciente en los servicios de los hospitales del II y III nivel y los EE.SS. I-4 y I-3 del I nivel de atención. - Cobertura: Todos los servicios de los hospitales del II y III nivel yEE.SS. I-4 y I-3 del I nivel de atención. . - Integralidad: debe comprender como actividad en el plan específico. **Programar:** **HOSPITALES DEL II Y III nivel: Programar la implementación de las rondas de seguridad en los servicios de los hospitales del II y III nivel** **REDES: Programar la implementación de las rondas de seguridad en el 100% de los Establecimientos de Salud I-4 y I-3 del I nivel de atención.**	GESTION ADMINISTRA	1	Proceso mediante el cual se conforma y aprueba el Equipo de Rondas de Seguridad del paciente con un acto resolutivo. Criterio de Programación: - Oportunidad: Resolución Directoral de la Conformación del Equipo de Rondas de Seguridad del paciente al 28 de febrero del año fiscal. - Cobertura: Todos los Hospitales y Redes de la GERES Cusco - Integralidad: debe comprender la totalidad de actividades programados en el plan específico. Programar : HOSPITALES : conformación anual o multianual del Equipo de Rondas de seguridad del Paciente con acto resolutivo en el 100% de los Hospitales del II y III nivel de atención. REDES : conformación anual o multianual del Equipo de Rondas de seguridad del Paciente con acto resolutivo en el 100% de Redes.	1

Garantía y Mejora	10	10IRSP	Vigilancia de la Implementación de las Rondas de Seguridad del Paciente	Informe	Acciones de vigilancia de la aplicación de las rondas de seguridad del paciente, mediante la aplicación de los verificadores en los servicios de hospitalización del II y III nivel de atención y los I-4 del I nivel de atención. Criterio de Programación: - Oportunidad: Evaluación de las rondas de seguridad del paciente en los servicios de los hospitales del II y III nivel y los EE.SS. I-4 y I-3 del I nivel de atención. - Cobertura: Todos los servicios de los hospitales del II y III nivel y EE.SS. I-4 y I-3 del I nivel de atención. . - Integralidad: debe comprender como actividad en el plan específico. **Programar:** **HOSPITALES DEL II Y III nivel: Programar la implementación de las rondas de seguridad en los servicios de los hospitales del II y III nivel** **REDES: Programar la implementación de las rondas de seguridad en el 100% de los Establecimientos de Salud I-4 y I-3 del I nivel de atención.**	GESTION ADMINISTRA	12	Proceso mediante el cual se aplica la herramienta de Rondas de Seguridad del Paciente en los servicios Programados en los Hospitales del II y III nivel y los EE:SS. I-4 y I-3 del I nivel de atención. . Criterio de Programación: - Oportunidad: Mensualmente en las fechas programadas. - Cobertura: Todos los servicios y EE.SS programados. - Integralidad: debe comprender como actividad en el plan específico. Programar: HOSPITALES; evaluación de Rondas de Seguridad del Paciente en el 100% de los servicios programados en los hospitales del II y III de atención. REDES; evaluación de Rondas de Seguridad del Paciente en el 100% de los EE.SS. I-4 Y I-3 programados.	12
Garantía y Mejora	10	10IRSP	Vigilancia de la Implementación de las Rondas de Seguridad del Paciente	Informe	Acciones de vigilancia de la aplicación de las rondas de seguridad del paciente, mediante la aplicación de los verificadores en los servicios de hospitalización del II y III nivel de atención y los I-4 del I nivel de atención. Criterio de Programación: - Oportunidad: Evaluación de las rondas de seguridad del paciente en los servicios de los hospitales del II y III nivel y los EE.SS. I-4 y I-3 del I nivel de atención. - Cobertura: Todos los servicios de los hospitales del II y III nivel y EE.SS. I-4 y I-3 del I nivel de atención. . - Integralidad: debe comprender como actividad en el plan específico. **Programar:** **HOSPITALES DEL II Y III nivel: Programar la implementación de las rondas de seguridad en los servicios de los hospitales del II y III nivel** **REDES: Programar la implementación de las rondas de seguridad en el 100% de los Establecimientos de Salud I-4 y I-3 del I nivel de atención.**	GESTION ADMINISTRA	4	Proceso mediante el cual el Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente analiza y retroalimenta los resultados de la implementación de las Rondas de Seguridad . Criterio de Programación: - Oportunidad, al séptimo día de culminada la ronda de seguridad del paciente . - Cobertura: análisis y retroalimentación de los resultados a los servicios/ departamentos y EE.SS. involucrados. - Integralidad: debe comprender en la totalidad de actividades programadas en el plan específico. Programar: HOSPITALES; análisis y retroalimentación de los resultados de Rondas de Seguridad del Pacientes al 100% de los servicios programados en los hospitales del II y III de atención en el mes . REDES; análisis y retroalimentación de los resultados de Rondas de Seguridad del Paciente I 100% de los EE.SS. I-4 Y I-3 programados en el mes .	4

Garantía y Mejora	10	10IRSP	Vigilancia de la Implementación de las Rondas de Seguridad del Paciente	Informe	Acciones de vigilancia de la aplicación de las rondas de seguridad del paciente, mediante la aplicación de los verificadores en los servicios de hospitalización del II y III nivel de atención y los I-4 del I nivel de atención. Criterio de Programación: - Oportunidad: Evaluación de las rondas de seguridad del paciente en los servicios de los hospitales del II y III nivel y los EE.SS. I-4 y I-3 del I nivel de atención. - Cobertura: Todos los servicios de los hospitales del II y III nivel y EE.SS. I-4 y I-3 del I nivel de atención. . - Integralidad: debe comprender como actividad en el plan específico. **Programar:** **HOSPITALES DEL II Y III nivel: Programar la implementación de las rondas de seguridad en los servicios de los hospitales del II y III nivel** **REDES: Programar la implementación de las rondas de seguridad en el 100% de los Establecimientos de Salud I-4 y I-3 del I nivel de atención.**	GESTION ADMINISTRA	4	Proceso mediante el cual la Oficina/Unidad de gestión de la Calidad de los hospitales de II y III nivel y Redes informan a la Dirección de Gestión y Calidad Sanitaria-GERESA.. Criterio de Programación: - Oportunidad, al día 10 del mes siguiente de trimestre informado. - Cobertura: Informe de los 4 trimestres del año fiscal. - Integralidad: debe comprender la totalidad de actividades programados en el plan específico. Programar: HOSPITALES; análisis y retroalimentación de los resultados de Rondas de Seguridad del paciente al 100% de los servicios programados en los hospitales del II y III de atención en el mes. REDES; análisis y retroalimentación de los resultados de Rondas de Seguridad del Paciente I 100% de los EE.SS. I-4 Y I-3 programados en el mes.	4
Garantía y Mejora	12	12PAES	Conducción regional de la autoevaluación del Proceso de Acreditación de los establecimientos de salud.	Informe	Actividad de gestión para la realización de la autoevaluación del Proceso de Acreditación del establecimiento de salud, mediante la aplicación y valoración de los criterios para los estándares preestablecidos, agrupados por macro procesos y clasificados en categoría de macro procesos gerenciales, prestacionales y de Apoyo. **Criterio de Programación:** - Oportunidad, informe de autoevaluación de la totalidad de EE.SS que cuentan con estándares para su nivel y categoría, antes del 30 de setiembre de cada año, - Cobertura: Evaluar la totalidad de los EE.SS de su jurisdicción. - Integralidad: debe evaluarse la totalidad de los estándares que correspondan a su nivel y categoría. **Programar un informe de autoevaluación anual de la totalidad de EE.SS organizados por Micro redes, Hospitales y Red. (100%).**	CONTROL SANITARIO	1	Procedimiento que permite la identificación de los integrantes de los equipos de Acreditación y Autoevaluación. **Criterio de Programación:** - Oportunidad, la conformación de los equipos de acreditación y autoevaluación se realizará antes del 31 de marzo del presente año fiscal. - Cobertura: Los integrantes deben representar a la totalidad de los macroprocesos, sujetos a ser evaluados.. **Programar un equipo de Acreditación y Autoevaluación por Microrred y Hospital, por año. (100%). No Aplica GERESA.**	1

Garantía y Mejora	12	12PAES	Conducción regional de la autoevaluación del Proceso de Acreditación de los establecimientos de salud.	Informe	Actividad de gestión para la realización de la autoevaluación del Proceso de Acreditación del establecimiento de salud, mediante la aplicación y valoración de los criterios para los estándares preestablecidos, agrupados por macroprocesos y clasificados en categoría de macroprocesos gerenciales, prestacionales y de Apoyo. **Criterio de Programación:** - Oportunidad, informe de autoevaluación de la totalidad de EE.SS que cuentan con estándares para su nivel y categoría, antes del 30 de setiembre de cada año, - Cobertura: Evaluar la totalidad de los EE.SS de su jurisdicción. - Integralidad: debe evaluarse la totalidad de los estándares que correspondan a su nivel y categoría. **Programar un informe de autoevaluación anual de la totalidad de EE.SS organizados por Microredes, Hospitales y Red. (100%).**	CONTROL SANITARIO	1	Procedimiento que permite la formalización del inicio del proceso de autoevaluación para la Acreditación. **Criterio de Programación:** - Oportunidad, la comunicación se realizará hasta un día antes del inicio de la autoevaluación. - Cobertura: debe ser comunicado el inicio de la autoevaluación de la totalidad de los EE.SS, comprendidos en el Plan de Autoevaluación. **Programar un informe de inicio a nivel de Microrred y Hospital, por año. (100%).** No Aplica GERESA.	1
Garantía y Mejora	12	12PAES	Conducción regional de la autoevaluación del Proceso de Acreditación de los establecimientos de salud.	Informe	Actividad de gestión para la realización de la autoevaluación del Proceso de Acreditación del establecimiento de salud, mediante la aplicación y valoración de los criterios para los estándares preestablecidos, agrupados por macroprocesos y clasificados en categoría de macroprocesos gerenciales, prestacionales y de Apoyo. **Criterio de Programación:** - Oportunidad, informe de autoevaluación de la totalidad de EE.SS que cuentan con estándares para su nivel y categoría, antes del 30 de setiembre de cada año, - Cobertura: Evaluar la totalidad de los EE.SS de su jurisdicción. - Integralidad: debe evaluarse la totalidad de los estádares que correspondan a su nivel y categoría. **Programar un informe de autoevaluación anual de la totalidad de EE.SS organizados por Microrredes, Hospitales y Red. (100%).**	CONTROL SANITARIO	1	Procedimiento que permite el registro al aplicativo de "Acreditación de SS y SMA-MINSA" de los resultados de la valoración de cada criterio de la totalidad de estándares que corresponden al EE.SS y su respectivo envío de la base de datos a la Gerencia regional de Salud. **Criterio de Programación:** - Oportunidad, Registro de resultados y envío de la base de datos dentro de los 5 días hábiles del culmino de la valoración de estándares del EE.SS. - Cobertura: Debe registrarse los resultados y envío de la base de datos de la totalidad de EE. SS comprendidos en la Microrred u Hospital. **Programar un informe de registro y envío de base de datos por MR/RED/Hospital. (100%).**	1

Garantia y Mejora	12	12PAES	Conducción regional de la autoevaluación del Proceso de Acreditación de los establecimientos de salud.	Informe	Actividad de gestión para la realización de la autoevaluación del Proceso de Acreditación del establecimiento de salud, mediante la aplicación y valoración de los criterios para los estándares preestablecidos, agrupados por macroprocesos y clasificados en categoría de macroprocesos gerenciales, prestacionales y de Apoyo. **Criterio de Programación:** - Oportunidad, informe de autoevaluación de la totalidad de EE.SS que cuentan con estándares para su nivel y categoría, antes del 30 de setiembre de cada año, - Cobertura: Evaluar la totalidad de los EE.SS de su jurisdicción. - Integralidad: debe evaluarse la totalidad de los estádares que correspondan a su nivel y categoría. **Programar un informe de autoevaluación anual de la totalidad de EE.SS organizados por Microrredes, Hospitales y Red. (100%).**	CONTROL SANITARIO	1	Procedimiento que permite generar las evidencias de los resultados de la valoración de los estándares de cada EE.SS/ Hospital, por Micro red y Red. El informe debe comprender los contenidos mínimos de la norma y pueden ampliar otros contenidos relacionados a la autoevaluación. La información debe estar en estricta concordancia a los resultados registrados en el Aplicativo de Acreditación-MINSA. **Criterio de Programación:** - Oportunidad, El informe final debe ser remitido a la GERESA antes de 30 de octubre del presente ejercicio fiscal. - Cobertura: El informe Comprende a la totalidad de estándares, EE.SS/MR/ Hospitales autoevaluados. **Programar un informe final por MR/RED/Hospital. (100%).**	1
Información para la Calidad	13	13MSUE	Evaluación regional de la satisfacción del usuario externo en los establecimientos de salud en base a la Guia Tecnica	Informe	Actividad de evaluación regional de la satisfacción del usuario externo en consulta externa, hospitalización y emergencia en establecimientos de salud de I, II y III Nivel de Atención Criterio de Programación: - Oportunidad, el informe final debe ser remitido a la GERESA antes de del 31 de enero de cada año fiscal - Cobertura: El informe Comprende a la totalidad de EE.SS/MR/ Hospitales de I, II y III Nivel de Atención - Integralidad: debe comprender toda la estructura del modelo de informe de evaluación de satisfacción de usuarios, considerando 01 evaluación por año Programar un informe final por MR/RED/Hospital. (100%)	CONTROL SANITARIO	1	Procedimiento que permite la identificación de los encuestadores en el proceso de evaluación de satisfacción de usuarios de salud de las IPRESS del I,II y III Nivel de Atención **Criterio de Programación:** **- Oportunidad**, la conformación de los equipos de encuestadores se realizará antes del 30 de Noviembre del presente año fiscal, considerando como encuestadores: - Egresado/a, Bachiller, Técnico o profesional. - Recomendable: Personal externas a la IPRESS (promotores de salud, estudiantes de universidades, institutos o capacitado en otro EESS) -Personal de Salud de otros EESS capacitados, según la gestión de la unidad de calidad de la Red/Hospital -Personas con habilidades para el manejo de grupos o personas, capaz de generar empatía para lograr la confianza de los usuarios **- Cobertura:** EESS de I, II y III Nivel de Atención **Programar un equipo por RED/ MICRORED/ Hospital, por año. (100%). los que deberán ser reconocidos mediante memorándum / resolución**	1

Información para la Calidad	13	13MSUE	Evaluación regional de la satisfacción del usuario externo en los establecimientos de salud con categorías	Informe	Actividad de evaluación regional de la satisfacción del usuario externo en consulta externa, hospitalización y emergencia en establecimientos de salud de I, II y III Nivel de Atención Criterio de Programación: - Oportunidad, el informe final debe ser remitido a la GERESA antes de del 31 de enero de cada año fiscal - Cobertura: El informe Comprende a la totalidad de EE.SS/MR/ Hospitales de I, II y III Nivel de Atención - Integralidad: debe comprender toda la estructura del modelo de informe de evaluación de satisfacción de usuarios, considerando 01 evaluación por año Programar un informe final por MR/RED/Hospital. (100%)	CONTROL SANITARIO	1	Procedimiento que permite la recolección, el registro al "aplicativo SERVQUAL de Satisfacción de Usuario" de las encuestas aplicadas, y el envío de la base de datos a la Dirección de Gestión y Calidad Sanitaria de la GERESA Cusco **Criterio de Programación:** **- Oportunidad,** Registro de resultados y envío de la base de datos dentro de los 7 días hábiles del culmino de la aplicación de la encuesta **- Cobertura:** Debe registrarse los resultados y envío de la base de datos de la totalidad de EE. SS comprendidos en la Red / Hospital. **Programar envío de base de datos por MR/RED/Hospital. (100%).**	1
Información para la Calidad	13	13MSUE	Evaluación regional de la satisfacción del usuario externo en los establecimientos de salud con categorías	Informe	Actividad de evaluación regional de la satisfacción del usuario externo en consulta externa, hospitalización y emergencia en establecimientos de salud de I, II y III Nivel de Atención Criterio de Programación: - Oportunidad, el informe final debe ser remitido a la GERESA antes de del 31 de enero de cada año fiscal - Cobertura: El informe Comprende a la totalidad de EE.SS/MR/ Hospitales de I, II y III Nivel de Atención - Integralidad: debe comprender toda la estructura del modelo de informe de evaluación de satisfacción de usuarios, considerando 01 evaluación por año Programar un informe final por MR/RED/Hospital. (100%)	CONTROL SANITARIO	1	Procedimiento que permite generar las evidencias de los resultados de la aplicación de las encuestas de satisfacción de usuario de cada EE.SS/ Hospital, por Micro red y Red. El informe debe comprender los siguientes contenidos: Resumen, Objetivo general y específicos, antecedentes, análisis y resultados, conclusiones y recomendaciones (definir algunas acciones/proyectos de mejora). Anexar resultados del aplicativo SERVQUAL **Criterio de Programación:** **- Oportunidad,** El informe final debe ser remitido a la GERESA antes del 25 de enero del año fiscal siguiente. - Cobertura: El informe Comprende a la totalidad de EE.SS/MR/ Hospitales autoevaluados en consultorio externo, emergencia y hospitalización. **Programar un informe final por MR/RED/Hospital. (100%).**	1

Información para la Calidad	14	14METE	Evaluación regional de Estudio de Tiempos de espera en EESS de II y III Nivel de Atención	Informe	Informe consolidado de estudios de tiempos de espera en establecimientos de salud de II y III Nivel de Atención **Criterio de Programación:** **- Oportunidad,** El informe final debe ser remitido a la GERESA antes de del 31 de enero del año fiscal **- Cobertura:** El informe Comprende a la totalidad de Hospitales del II y III Nivel de Atención **- Integralidad:** debe comprender toda la estructura de informe de estudios de tiempos de espera **Programar un informe final por Hospital. De II y III Nivel (100%)**	CONTROL SANITARIO	1	Procedimiento que permite la identificación de las personas evaluadores de tiempos de espera de IPRESS II y III Nivel de Atención **Criterio de Programación:** **- Oportunidad,** la conformación de los evaluadores se realizara antes del 30 de agosto del año fiscal, considerando como encuestadores: - Egresado/a, Bachiller, Técnico o profesional. - Recomendable: Personal externas a la IPRESS (promotores de salud, estudiantes de universidades, institutos o capacitado en otro EESS) -Personal de Salud de otros EESS capacitados, según la gestión de la unidad de calidad de la Red/Hospital **- Cobertura:** Los evaluadores deben representar a la totalidad de los hospitales del II y III Nivel de Atención **Programar un equipo de evaluadores por Hospital, por año. (100%). los que deberán ser reconocidos mediante memorándum / resolución**	1
Información para la Calidad	14	14METE	Evaluación regional de Estudio de Tiempos de espera en EESS de II y III Nivel de Atención	Informe	Informe consolidado de estudios de tiempos de espera en establecimientos de salud de II y III Nivel de Atención **Criterio de Programación:** **- Oportunidad,** El informe final debe ser remitido a la GERESA antes de del 31 de enero del año fiscal **- Cobertura:** El informe Comprende a la totalidad de Hospitales del II y III Nivel de Atención **- Integralidad:** debe comprender toda la estructura de informe de estudios de tiempos de espera **Programar un informe final por Hospital. de II y III Nivel (100%)**	CONTROL SANITARIO	3	Procedimiento que permite la recolección, el registro al "aplicativo de Estudios de Tiempos de Espera del MINSA" , y el envío de la base de datos a la Dirección de Gestión y Calidad Sanitaria de la GERESA Cusco **Criterio de Programación:** **- Oportunidad,** Registro de resultados y envío de la base de datos dentro de los 7 días hábiles del culmino de la aplicación de la evaluación **- Cobertura:** Debe registrarse los resultados y envío de la base de datos de la totalidad de hospitales del ámbito de intervención **Programar envío de base de datos por Hospital. (100%).**	3
Información para la Calidad	14	14METE	Evaluación regional de Estudio de Tiempos de espera en EESS de II y III Nivel de Atencion	Informe	informe consolidado de estudios de tiempos de espera en establecimientos de salud de II y III Nivel de Atención **Criterio de Programación:** **- Oportunidad,** El informe final debe ser remitido a la GERESA antes de del 31 de enero del año fiscal **- Cobertura:** El informe Comprende a la totalidad de Hospitales del II y III Nivel de Atención **- Integralidad:** debe comprender toda la estructura de informe de estudios de tiempos de espera **Programar un informe final por Hospital. de II y III Nivel (100%)**	CONTROL SANITARIO	1	Procedimiento que permite generar las evidencias de los resultados de evaluación de tiempos de espera de los hospitales del ámbito. El informe debe comprender los siguientes contenidos: Resumen, Objetivo general y específicos, antecedentes, análisis y resultados, conclusiones y recomendaciones /anexar resultados del aplicativo MINSA **Criterio de Programación:** **- Oportunidad,** El informe final debe ser remitido a la GERESA antes de 30 de diciembre del año ejercicio fiscal. **- Cobertura:** El informe comprende a la totalidad de Hospitales evaluados en consultorio externo, emergencia y hospitalización. **Programar un informe final por Hospital. (100%).**	1

Información para la Calidad	15	15MAU	Evaluación regional de implementación de mecanismos de atención al usuario en base al Decreto Supremo 002-2019.SA	Informe	Informe consolidado de reclamos de salud establecidos por usuarios en establecimientos de salud de I, II y III Nivel de Atención, a través de libro de reclamaciones en salud y Plataforma de Atención al Usuario. **Criterio de Programación:** **- Oportunidad,** se remite cada trimestre el informe de reclamos de salud establecidos. y el informe anual debe ser remitido a la GERESA hasta el 31 de enero del año fiscal **- Cobertura:** El informe Comprende a la totalidad de estándares, EE.SS/MR/ Hospitales autoevaluados. **- Integralidad:** debe comprender toda la estructura del modelo de informe de reclamos en salud **Programar un informe final por MR/RED/Hospital. (100%)**	CONTROL SANITARIO	1	Procedimiento que permite la identificación de los integrantes de los Comités de Reclamaciones de las redes, EESS nivel I,4 y hospitales **Criterio de Programación:** **- Oportunidad**, la conformación de los integrantes del comité de reclamos se realizara antes del 28 de febrero del año fiscal, considerando como integrantes: - personal profesional de la IPRESS (Jefes de servicio) - personal de Recursos Humanos de la IPRESS - personal de Área Administrativa de la IPRESS **- Cobertura:** los comités de reclamaciones responden a EESS de nivel I,4, redes de salud y hospitales **Programar un comité de reclamaciones por año. (100%). los que deberán ser reconocidos mediante memorándum / resolución**	1
Información para la Calidad	15	15MAU	Evaluación regional de implementación de mecanismos de atención al usuario en base al Decreto Supremo 002-2019.SA	Informe	Informe consolidado de reclamos de salud establecidos por usuarios en establecimientos de salud de I, II y III Nivel de Atención, a través de libro de reclamaciones en salud y Plataforma de Atención al Usuario. **Criterio de Programación:** **- Oportunidad,** se remite cada trimestre el informe de reclamos de salud establecidos. y el informe anual debe ser remitido a la GERESA hasta el 31 de enero del año fiscal **- Cobertura:** El informe Comprende a la totalidad de estándares, EE.SS/MR/ Hospitales autoevaluados. **- Integralidad:** debe comprender toda la estructura del modelo de informe de reclamos en salud **Programar un informe final por MR/RED/Hospital. (100%)**	CONTROL SANITARIO	4	Procedimiento que permite generar las evidencias de los reclamos y sugerencias establecidos por usuarios de salud. El informe debe comprender los siguientes contenidos: Resumen, Objetivo general y específicos, antecedentes, análisis, resultados, conclusiones y recomendaciones /anexar matrices de reclamos (Guia Administrativa de Reclamos en Salud de EESS I, II y III Nivel de Atención) **Criterio de Programación:** **- Oportunidad,** El informe se remite de manera trimestral de manera física y virtual a la GERESA . (5.Abril/5 Julio/5 Octubre/3 enero) **- Cobertura:** El informe comprende a EESS de I, II y III Nivel de Atención **Programar 04 informes por Red/Hospital. (100%).**	4

Control de la gestión	16	16SUIS	Supervisión Integral de Salud	Informe	Proceso de control de la gestión que desarrolla un equipo cualificado, utilizando técnicas, herramientas y metodologías, con el propósito de mejorar el desempeño del personal de salud y permanente interacción de enseñanza y aprendizaje entre el equipo supervisor y supervisado. La supervisión se desarrolla dentro de la misma organización y de la organización inmediato superior a sus dependencias de manera presencial, virtual o mixta.	MONITOREO, SUPERVISION, EVALUACION Y CONTROL DEL PROGRAMA ARTICULADO NUTRICIONAL	1	Procedimiento que permite la identificación de los integrantes de los equipos de supervisión integral. Los integrantes deben cumplir con perfiles mínimos: Personal de Salud con experiencia profesional en la organización por más de 03 años; Experiencia de haber conducido una Estrategia sanitaria/ programa presupuesta, área, unidad, dirección, oficina, organización de salud público y otros cargos directivos superiores; que tenga capacitación superior a 24 horas lectivas en Cuidado Integral de Salud, Administración/ Gestión/ Gerencia/ Gobernanza de los servicios de salud/ salud pública y sistemas administrativos de las entidades públicas; Especialidades en las respectivas carreras profesionales vinculadas a salud y gestión pública; otros que exija la organización. **Criterio de Programación:** - Oportunidad, la conformación de los equipos de supervisión integral, antes del 31 de marzo del presente año fiscal. - Cobertura: Los integrantes deben representar a los estándares considerados para la supervisión (Provisión de Servicios/ Prestacional, Asesoramiento/Direccionamiento, Apoyo/ Administración) **Programar equipos (dependerá a los ámbitos o áreas/servicios/departamento programados en el plan/TdR) a de supervisión a nivel de GERESA, Red, Micro red y Hospital, para el año fiscal.**	NA

Control de la gestión	16	16SUIS	Supervisión Integral de Salud	Informe	Proceso de control de la gestión que desarrolla un equipo cualificado, utilizando técnicas, herramientas y metodologías, con el propósito de mejorar el desempeño del personal de salud y permanente interacción de enseñanza y aprendizaje entre el equipo supervisor y supervisado. La supervisión se desarrolla dentro de la misma organización y de la organización inmediato superior a sus dependencias de manera presencial, virtual o mixta.	MONITOREO, SUPERVISION, EVALUACION Y CONTROL DEL PROGRAMA ARTICULADO NUTRICIONAL	1	Procedimiento que consta de tres etapas antes, durante y después de la supervisión: **a) antes** : Planeamiento, Organización y conocimiento de la situación del Órgano Desconcentrado a supervisar. de los aspectos de gestión sanitaria, gestión financiera, administración, logística, sistemas de información y organización en la prestación de servicios de salud , con la finalidad de identificar problemas, plantear soluciones a los problemas hallados y capacitar al personal para mejorar el desempeño. **b) Durante:** Aplicación de la herramienta de supervisión por el equipo supervisor, intercambiando experiencias y capacitando al personal en el mencionado proceso. **c) Después:** Establecer los compromisos y plazos a levantar de la problemática identificada, Preparación del informe final de supervisión. Remitir la base de datos al inmediato superior (micro red a red, Red a Geresa, Hospital a GERESA) culminada la actividad **Criterio de Programación:** - Oportunidad, Registrar la información de la supervisión a la base de datos y el envío al inmediato superior se debe dar dentro de las 72 horas de culminó de la supervisión) - Cobertura: debe valorarse todo los criterios de supervisión y de todo los ámbitos a supervisar, según la programación realizada en el Plan/ TdR. **Programar Registro y envío de la base de datos al inmediato superior al 100% de ámbitos programados en el plan/TdR.**	1
Cotrol de la gestión	16	16SUIS	Supervisión Integral de Salud	Informe	Proceso de control de la gestión que desarrolla un equipo cualificado, utilizando técnicas, herramientas y metodologías, con el propósito de mejorar el desempeño del personal de salud y permanente interacción de enseñanza y aprendizaje entre el equipo supervisor y supervisado. La supervisión se desarrolla dentro de la misma organización y de la organización inmediato superior a sus dependencias de manera presencial, virtual o mixta.	MONITOREO, SUPERVISION, EVALUACION Y CONTROL DEL PROGRAMA ARTICULADO NUTRICIONAL	1	Procedimiento que consta de la elaboración del informe final de supervisión , por el equipo designado para esta actividad; respetando la estructura del modelo de informe asi como los compromisos y plazos a cumplir por la entidad visitada. Criterio de Programación: - Oportunidad, Remitir el informe final de supervisión a la Red/Hospital visitado a los cinco días hábiles de haber concluido la visita - Cobertura: Como Mínimo la,Red /Hospital debe recibir una visita al año. Compromisos y Recomendaciones deben ser monitoreadas para su cumplimiento en los tiempos establecidos para el año fiscal.	1

Control de la gestión	17	17SUGC	Supervisión de los procesos de gestión de la Calidad Asistencial	Informe	Proceso de control gerencial desarrollado por el equipo de calidad, empleando técnicas, herramientas y metodologías, con el propósito de mejorar el desempeño del personal de salud y permanente interacción de enseñanza y aprendizaje entre el equipo supervisor y supervisado de los procesos del Sistema de Gestión de la Calidad. La supervisión se desarrolla dentro de la misma organización y de la organización inmediato superior a sus dependencias de manera presencial, virtual o mixta.	MONITOREO, SUPERVISION, EVALUACION Y CONTROL DEL PROGRAMA ARTICULADO NUTRICIONAL	1	Procedimiento que permite la identificación de los integrantes de los equipos de supervisión de los procesos del Sistema de Gestión de la Calidad Asistencial. Los integrantes deben cumplir con perfiles mínimos: Personal de Salud con experiencia profesional en la organización por más de 03 años; Experiencia en procesos del Sistema de Gestión de la Calidad (Acreditación de SS y SMA, Auditoría de la Calidad e Atención, Seguridad de Paciente, Mejora continua e Información para la Calidad en Salud; que tenga capacitación superior a 24 horas lectivas en Cuidado Integral de Salud, Administración/ Gestión/ Gerencia/ Gobernanza de los servicios de salud/ salud pública y sistemas administrativos de las entidades públicas; Especialidades en las respectivas carreras profesionales vinculadas a salud y gestión pública; otros que exija la organización. Criterio de Programación: - Oportunidad, la conformación de los equipos de supervisión de los procesos de gestión de la calidad asistencial, antes del 31 de marzo del presente año fiscal. - Cobertura: Los integrantes deben representar a los estándares considerados para la supervisión Programar unos equipos de supervisión a nivel de GERESA, Red, Micro red y Hospital, para el año fiscal.	1

Control de la gestión	17	17SUGC	Supervisión de los procesos de gestión de la Calidad Asistencial	Informe	Proceso de control gerencial desarrollado por el equipo de calidad, empleando técnicas, herramientas y metodologías, con el propósito de mejorar el desempeño del personal de salud y permanente interacción de enseñanza y aprendizaje entre el equipo supervisor y supervisado de los procesos del Sistema de Gestión de la Calidad . La supervisión se desarrolla dentro de la misma organización y de la organización inmediato superior a sus dependencias de manera presencial, virtual o mixta.	MONITOREO, SUPERVISION, EVALUACION Y CONTROL DEL PROGRAMA ARTICULADO NUTRICIONAL	1	Procedimiento que consta de tres etapas antes, durante y después de la supervisión: a) antes : Planeamiento, Organización y conocimiento de la situación de la Red, Micrroed u Hospital a supervisar. de los procesos del Sistema de Gestión de la Calidad: Acreditación de SS y SMA, Auditoría de la Calidad de Atención, Seguridad de Paciente, Mejora continua e Información para la Calidad en Salud, con la finalidad de realizar el seguimiento de las actividades de los procesos de SGCS, identificar problemas, plantear soluciones a los problemas hallados y capacitar al personal para mejorar el desempeño. b) Durante: Aplicación de las técnicas, herramientas por el equipo supervisor, intercambiando experiencias y capacitando al personal en el mencionado proceso. c) Después: Establecer los compromisos y plazos a levantar de la problemática identificada, Preparación del informe final de supervisión. Remitir la base de datos al inmediato superior (microred a red, Red a Geresa, Hospital a GERESA) culminada la actividad Criterio de Programación: - Oportunidad, Establecer la hoja de ruta para el proceso de supervisión y comunicar de la supervisión al Órgano Desconcentrado como mínimo 2 semanas antes de la fecha a intervenir. - Cobertura: Como Mínimo la,Red /Hospital debe recibir una visita al año. Programar visitas de supervisión una al año como mínimo a Red, Microrred y Hospital, para el año fiscal.	1
Cotrol de la gestión	17	17SUGC	Supervisión de los procesos de gestión de la Calidad Asistencial	Informe	Proceso de control gerencial desarrollado por el equipo de calidad, empleando técnicas, herramientas y metodologías, con el propósito de mejorar el desempeño del personal de salud y permanente interacción de enseñanza y aprendizaje entre el equipo supervisor y supervisado de los procesos del Sistema de Gestión de la Calidad . La supervisión se desarrolla dentro de la misma organización y de la organización inmediato superior a sus dependencias de manera presencial, virtual o mixta.	MONITOREO, SUPERVISION, EVALUACION Y CONTROL DEL PROGRAMA ARTICULADO NUTRICIONAL	1	Procedimiento que consta de la elaboración del informe final de supervisión de los procesos del sistema de gestión de la calidad, por el equipo designado para esta actividad; respetando la estructura del modelo de informe asi como los compromisos y plazos a cumplir por la entidad visitada. Criterio de Programación: - Oportunidad, Remitir el informe final de supervisión a la Red/Hospital visitado a los cinco días hábiles de haber concluido la visita - Cobertura: Como Mínimo la, Red /Hospital debe recibir una visita al año. Compromisos y Recomendaciones deben ser monitoreadas para su cumplimiento en los tiempos establecidos para el año fiscal.	1

Gestión de Recursos Humanos	18	18ATIC	Asistencia Técnica para la implementación de los Procesos del sistema de gestión de la Calidad	Informe	Proceso planificado, permanente e interactivo mediante el cual se fortalecen conocimientos, habilidades y destrezas de los Procesos del Sistema de Gestión de la Calidad de una unidad de organización que requiere de ella, por parte de otra unidad de organización con experiencia técnica y competencias funcionales para hacerlo.	GESTION ADMINISTRA	1	Procedimiento permanente, interactivo mediante el cual se fortalecen los conocimientos, de los proceso del Sistema de Gestión de la Calidad; dirigido al equipo de calidad de las Redes, Hospitales de II y III, Microredes, EESS del primer nivel de atención. Criterio de Programación: - Oportunidad, Elaboración de la hoja de ruta para las reuniones técnicas de los procesos del sistema de gestión de la calidad en el presente año fiscal; Frecuencia Una vez por mes, a partir del mes de marzo (ejm. GERESA programa sus reuniones técnicas los primeros martes de cada mes con la participación del equipo de calidad de Redes y Hospitales, si toca dia no laborable se realiza al dia siguiente laborable). - Cobertura: Participación del 100% de equipos de calidad programados y aborda la totalidad de la agenda/acción programada en la hoja de ruta. **Programar Una Reunión técnica por mes, a partir de marzo. Programan la GERESA, Red, Hospitales, MR, EE.SS**	1
Garantía y Mejora	21	21VIAAS	Fortalecer la gestión clínica basada en evidencia en la prevención y control de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud, en los hospitales	Informe	Acciones de vigilancia de la aplicación del "Cara Bundle" o Paquete de Medidas para la prevención de las IAAS basadas en evidencia médica. en los servicios con patologías de vigilancia epidemiológica , en los hospitalización del II y III nivel de atención. Criterio de Programación: - Oportunidad: Evaluación del "Cara Bundle" o Paquete de Medidas en los servicios con patologías de vigilancia epidemiológica , en los hospitales del II y III nivel de atención. - Cobertura: Todos los servicios con vigilancia epidemiológica de los hospitales del II y III nivel de atención. . - Integralidad: debe comprender como actividad en el plan específico. Programar: HOSPITALES DEL II Y III nivel: Programar la implementación del "Care Bundle" o Paquete de Medidas en el 100% de los servicios con patologías de vigilancia epidemiológica, en los hospitales del II y III nivel de atención.	CONTROL SANITARIO	12	Proceso mediante el cual se aplica el instrumento "Care Bundle" o Paquete de Medidas en los servicios con patologías sujetas a vigilancia epidemiológica en los hospitales del II y III nivel de atención. Criterio de Programación: - Oportunidad: dos veces al mes. - Cobertura: Todos los servicios programados. - Integralidad: debe comprender como actividad en el plan específico. **Programar:** **HOSPITALES; evaluación de"Care Bundle" o Paquete de Medidas en el 100% de los servicios programados en los hospitales del II y III de atención.**	12

Gestión de Recursos Humanos	18	18ATIC	Asistencia Técnica para la implementación de los Procesos del sistema de gestión de la Calidad	Informe	Proceso planificado, permanente e interactivo mediante el cual se fortalecen conocimientos, habilidades y destrezas de los Procesos del Sistema de Gestión de la Calidad de una unidad de organización que requiere de ella, por parte de otra unidad de organización con experiencia técnica y competencias funcionales para hacerlo.	GESTION ADMINISTRA	1	Procedimiento permanente, interactivo mediante el cual se fortalecen los conocimientos, de los proceso del Sistema de Gestión de la Calidad; dirigido al equipo de calidad de las Redes, Hospitales de II y III, Microredes, EESS del primer nivel de atención. Criterio de Programación: - Oportunidad. Elaboración de la hoja de ruta para las reuniones técnicas de los procesos del sistema de gestión de la calidad en el presente año fiscal; Frecuencia Una vez por mes, a partir del mes de marzo (ejm. GERESA programa sus reuniones técnicas los primeros martes de cada mes con la participación del equipo de calidad de Redes y Hospitales, si toca dia no laborable se realiza al dia siguiente laborable). - Cobertura: Participación del 100% de equipos de calidad programados y aborda la totalidad de la agenda/acción programada en la hoja de ruta. **Programar Una Reunión técnica por mes, a partir de marzo. Programan la GERESA, Red, Hospitales, MR, EE.SS**	1
Garantia y Mejora	21	21VIAAS	Fortalecer la gestión clínica basada en evidencia en la prevención y control de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud, en los hospitales	Informe	Acciones de vigilancia de la aplicación del "Cara Bundle" o Paquete de Medidas para la prevención de las IAAS basadas en evidencia médica. en los servicios con patologias de vigilancia epidemiológica , en los hospitalización del II y III nivel de atención. Criterio de Programación: - Oportunidad: Evaluación del "Cara Bundle" o Paquete de Medidas en los servicios con patologias de vigilancia epidemiológica , en los hospitales del II y III nivel de atención. - Cobertura: Todos los servicios con vigilancia epidemiológica de los hospitales del II y III nivel de atención. . - Integralidad: debe comprender como actividad en el plan específico. Programar: HOSPITALES DEL II Y III nivel: Programar la implementación del "Care Bundle" o Paquete de Medidas en el 100% de los servicios con patologías de vigilancia epidemiológica, en los hospitales del II y III nivel de atención.	CONTROL SANITARIO	12	Proceso mediante el cual se aplica el instrumento "Care Bundle" o Paquete de Medidas en los servicios con patologías sujetas a vigilancia epidemiológica en los hospitales del II y III nivel de atención. Criterio de Programación: - Oportunidad: dos veces al mes. - Cobertura: Todos los servicios programados. - Integralidad: debe comprender como actividad en el plan específico. **Programar:** **HOSPITALES; evaluación de"Care Bundle" o Paquete de Medidas en el 100% de los servicios programados en los hospitales del II y III de atención.**	12

Anexo-N°01: Plan de Acción del Plan Táctico del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud

Órgano Desconcentrado RED/ Hospital:

	Actividades y Tareas						CRONOGRAMA													PRESUPUESTO-FUENTE DE FINACIAMIENTO							
N° Ta	ACTIVIDADES	UM	Meta	Tarea	UM	Meta	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Set	Oct	Nov	Dic	Costo	RO	RDR	DyT	RD	Otros	Sub Tota	Actividad-EFP-SIAF-Ac	Responsable
1	Elaboración del Plan de Gestión de la	Plan tactico a	9	Plan Táctico	Plan aprobad	1													25	25					25	Y PRESUPUESTO	
2	Elaboración del Plan de Gestión de la	Plan aprobad	9	Plan de Auto	Plan aprobad	1													1	1					1	Y PRESUPUESTO	
3	Elaboración del Plan de Gestión de la	Plan aprobad	9	Plan de Segu	Plan aprobad	1													1	1					1	Y PRESUPUESTO	
4	Elaboración del Plan de Gestión de la	Plan aprobad	9	Plan de Audit	Plan aprobad	1													1	1					1	Y PRESUPUESTO	
5	Elaboración del Plan de Gestión de la	Plan aprobad	9	Plan de Infor	Plan aprobad	1													1	1					1	Y PRESUPUESTO	
6	Elaboración del Plan de Gestión de la	Plan aprobad	9	Plan/TdR de	Plan aprobad	1													1	1					1	Y PRESUPUESTO	
7	Elaboración del Plan de Gestión de la	Plan aprobad	9	Plan/TdR de	Plan aprobad	1													1	1					1	Y PRESUPUESTO	
8	Elaboración del Plan de Gestión de la	Plan aprobad	9	Plan/ progran	Plan aprobad	NA													1						0	Y PRESUPUESTO	
9	Elaboración del Plan de Gestión de la	Plan aprobad	9	Plan/TdR de	Plan aprobad	1													1	1					1	Y PRESUPUESTO	
10	Elaboración del Plan de Gestión de la	Plan aprobad	9	Plan/TdR de	Plan aprobad	1													1	1					1	Y PRESUPUESTO	
11	Evaluación del avance del Plan de Ge	Informe	2	Evaluación d	Informe	2													25		25				25	DO NUTRICIONAL	
12	Monitoreo del avance del Plan de Ges	Informe	3	Monitoreo de	Informe	3													1						0	ACION SUPERIOR	
13	Vigilancia de la implementación de la	Informe	21	Conformació	R.D.	1													1						0	TIÓN ADMINISTRA	
14	Vigilancia de la implementación de la	Informe	21	Aplicación de	Reporte	12													1						0	TIÓN ADMINISTRA	
15	Vigilancia de la implementación de la	Informe	21	Análisis y retr	Informe	4													1						0	TIÓN ADMINISTRA	
16	Vigilancia de la implementación de la		21	Información d	Informe	4													1						0	TIÓN ADMINISTRA	
17	Vigilancia de la implementación del R	Informe	20	Aplicacion de	Reporte	12													1						0	TION ADMINISTRA	
18	Vigilancia de la implementación del R	Informe	20	Analisis y retr	Informe	4													1						0	TION ADMINISTRA	
19	Vigilancia de la implementación del R	Informe	20	Informacion d	Informe	4													1						0	TION ADMINISTRA	
20	Implementación de la Auditoría de la (	Informe	8	Desarrollo de	Informe	NA													1						0	ROL Y AUDITORIA	
21	Implementación de la Auditoría de la (	Informe	8	Desarrollo de	Informe	4													1						0	ROL Y AUDITORIA	
22	Implementación de la Auditoría de la (	Informe	8	Desarrollo de	Informe	4													1						0	ROL Y AUDITORIA	
23	Implementación de la metodología pa	Informe	3	Desarrollo de	Informe	2													1						0	Y PRESUPUESTO	
24	Implementación de la metodología pa	Informe	3	Planificación	Informe	1													1						0	Y PRESUPUESTO	
25	Desarrollo del Encuentro Regiona/Ins	Informe	0	Desarrollo de	Informe	NA													1						0	RSOS HUMANOS	
26	Vigilancia de la adherencia a la higien	Informe	45	Conformacio	Informe	1													1						0	TION ADMINISTRA	
27	Vigilancia de la adherencia a la higien	Informe	45	Vigilancia de	Reporte	12													1						0	TION ADMINISTRA	
28	Vigilancia de la adherencia a la higien	Informe	45	Observacion	Reporte	12													1						0	TION ADMINISTRA	
29	Vigilancia de la adherencia a la higien	Informe	45	Evaluacion d	Reporte	12													1						0	TION ADMINISTRA	
30	Vigilancia de la adherencia a la higien	Informe	45	Analisis y retr	Informe	4													1						0	TION ADMINISTRA	
31	Vigilancia de la adherencia a la higien	Informe	45	Informacion d	Informe	4													1						0	TION ADMINISTRA	
32	Vigilancia de la Implementación de las	Informe	21	Conformació	Informe	1													1						0	TION ADMINISTRA	
33	Vigilancia de la Implementación de las	Informe	21	Aplicación de	Reporte	12													1						0	TION ADMINISTRA	
34	Vigilancia de la Implementación de las	Informe	21	Análisis y retr	Informe	4													1						0	TION ADMINISTRA	
35	Vigilancia de la Implementación de las	Informe	21	Información d	Informe	4													1						0	TION ADMINISTRA	
36	Conducción regional de las acciones	Informe	0	Conformació	Informe	NA													1						0	TROL SANITARIO	
37	Conducción regional de las acciones	Informe	0	Reunión ordi	Informe	NA													1						0	TROL SANITARIO	
38	Conducción regional de la autoevalua	Informe	4	Conformació	Documento	1													1						0	TROL SANITARIO	
39	Conducción regional de la autoevalua	Informe	4	Informe del In	Informe	1													1						0	TROL SANITARIO	
40	Conducción regional de la autoevalua	Informe	4	Registro y en	Informe	1													1						0	TROL SANITARIO	
41	Conducción regional de la autoevalua	Informe	4	Envío del info	Informe	1													1						0	TROL SANITARIO	
42	Evaluación regional de la satisfacción	Informe	3	Conformacio	Documento	1													1						0	TROL SANITARIO	
43	Evaluación regional de la satisfacción	Informe	3	Recoleccion,	Informe	1													1						0	TROL SANITARIO	
44	Evaluación regional de la satisfacción	Informe	3	Envio del info	Informe	1													1						0	TROL SANITARIO	
45	Evaluación regional de Estudio de Tie	Informe	5	Conformacio	Informe	1													1						0	TROL SANITARIO	
46	Evaluación regional de Estudio de Tie	Informe	5	Recoleccion,	Informe	3													1						0	TROL SANITARIO	
47	Evaluación regional de Estudio de Tie	Informe	5	Envio del info	Informe	1													1						0	TROL SANITARIO	
48	Evaluación regional de implementacio	Informe	5	Conformacio	Informe	1													1						0	TROL SANITARIO	
49	Evaluación regional de implementacio	Informe	5	Envio del info	Informe	4													1						0	TROL SANITARIO	
51	Supervisión Integral de Salud	Informe	2	Registro y en	Informe	1													1						0	DO NUTRICIONAL	
52	Supervisión Integral de Salud	Informe	2	Envío del info	Informe	1													1						0	DO NUTRICIONAL	
53	Supervisión de los procesos de gesti	Informe	3	Conformació	Informe	1													1						0	DO NUTRICIONAL	
54	Supervisión de los procesos de gesti	Informe	3	Registro y en	Informe	1													1						0	DO NUTRICIONAL	
55	Supervisión de los procesos de gesti	Informe	3	Envío del info	Informe	1													1						0	DO NUTRICIONAL	
56	Asistencia Técnica para la implement	Informe	1	Reunión Téc	Informe	1													1						0	TION ADMINISTRA	
67	Fortalecer la gestión clínica basada e	Informe	20	Vigilancia de	Reporte	12													1						0	TROL SANITARIO	
68	Fortalecer la gestión clínica basada e	Informe	20	Análisis y retr	Informe	4													1						0	TROL SANITARIO	
69	Fortalecer la gestión clínica basada e	Informe	20	Información	Informe	4													1						0	TROL SANITARIO	

7. BIBLIOGRAFIA O REFERENCIA NORMATIVA

- Decreto Supremo N° 046-2014/PCM Política Nacional para la Calidad
- R.M. Nº 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