

PLAN TACTICO DE LA UNIDAD DE GESTION DE LA CALIDAD.

U.E. 408 HOSPITAL DE ESPINAR, PARA EL AÑO FISCAL 2023.



DIRECTOR DE LA U.E. 408 HOSPITAL DE ESPINAR.

OBST. NANCY MONTESINOS QUISPE.

JEFE DE LA UNIDAD DE CALIDAD:

LIC. JUDITH KARIN CAHUATA TURO.

ESPINAR – CUSCO



MINISTERIO DE SALUD
UNIDAD EJECUTORA N° 408
HOSPITAL DE ESPINAR
LIC. JUDITH KARIN CAHUATA TURO
C.E.P. 47684
JEFE DE LA UNIDAD DE CALIDAD



INDICE

RESUMEN:

ANTECEDENTES Y SITUACIÓN ACTUAL

II.1. GESTIÓN Y ORGANIZACIÓN SANITARIA

II.1.1 AREA DE GESTION SANITARIA:

II.1.2 AREA DE GESTION DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN

II.1.2.1 ORGANIZACIÓN PARA LA CALIDAD

II.1.2.2. PLANIFICACIÓN PARA LA CALIDAD

II.1.2.3. INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD

II.1.2.3.1. SATISFACCION DE USUARIO EXTERNO

II.1.2.3.2. TIEMPOS DE ESPERA EN LOS SERVICIOS DE CONSULTA EXTERNA.

II.1.2.3.2. MEDICIÓN DEL CLIMA ORGANIZACIONAL

II.1.2.4. COMPONENTE DE GARANTIA Y MEJORA DE LA CALIDAD

A.- AUDITORIA DE LA CALIDAD DE ATENCION EN SALUD

B.- SEGURIDAD DE PACIENTE

C.- ACREDITACION DE LOS ESTABLECIMIENTOS:

D.- MEJORAMIENTO CONTINUO:

PROYECTOS EN ETAPA DE ESTUDIO:

PROYECTO EN LA FASE DE IMPLEMENTACIÓN:

PROBLEMAS O NUDOS CRÍTICOS/ OPORTUNIDADES DE MEJORA:

IV. OBJETIVOS

IV.1 OBJETIVO GENERAL

IV.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

ESTRATEGIAS

VI. REFERENCIA BIBLIOGRAFICA.

VII. ANEXOS ADJUNTOS.





**PLAN TACTICO DE LA UNIDAD DE GESTION DE LA CALIDAD DE
LA U.E. 408 HOSPITAL DE ESPINAR, PARA EL AÑO FISCAL 2023**

DIRECTOR DE LA UNIDAD EJECUTORA 408 HOSPITAL DE ESPINAR

OBST. NANCY MONTESINOS QUISPE

UNIDAD DE GESTION DE LA CALIDAD

LIC. JUDITH KARIN CAHUATA TURO





RESUMEN:

Planificación en el proceso de definir el curso de acción y los procedimientos requeridos para alcanzar los objetivos y metas institucionales, el plan estratégico establece los lineamientos a seguir para la consecución del estado final deseado.

En la administración pública, es de máxima exigencia la planificación de largo, mediano y corto plazo, en concordancia a las disposiciones establecidas por la autoridad nacional del Sistema Administrativo de Planeamiento Estratégico.

Se formula el plan táctico en base a la guía técnica para la formulación del Plan operativo y el Plan táctico/ Plan de Salud Local de los órganos estructurados, funcionales de U.E. 408 HOSPITAL DE ESPINAR, el análisis de la situación y los antecedentes, así como la identificación de nudos críticos/ oportunidades de mejora, los objetivos, las estrategias, las actividades, las tareas, las metas físicas, el cronograma, el presupuesto global y ajustado al techo presupuestal y los indicadores de evaluación.

Los objetivos de la unidad de calidad sanitaria, están en el marco de las funciones asignadas, según el reglamento de organizaciones y funciones, la transparencia de funciones y facultades. En resumen se puede mencionar: rectoría, control de la gestión sanitaria, mejora del as capacidades del personal de salud, la mejora continua de la gestión y atención sanitaria y la participación de los actores involucrados fundamentalmente la sociedad civil para vigilar la calidad de la gestión y la atención de salud.



El presupuesto requerido es por la fuente de financiamiento de recursos ordinarios (RO) para el año 2023.

VISION

Lograr un nivel óptimo de salud al 2023, con estilos de vida saludables, incorporando la medicina intercultural y garantizando el acceso a los servicios de salud de calidad, integrados en red, con eficiencia y equidad".

MISION.

"El Hospital Espinar es un hospital de Nivel II-1, que promueve, previene, recupera y rehabilita la salud de la población de la provincia de Espinar.

Brindando atención integral de salud con calidad y calidez, utilizando eficientemente los recursos, comprometiendo la participación activa de los actores sociales".

ANTECEDENTES Y SITUACIÓN ACTUAL

II.1. GESTIÓN Y ORGANIZACIÓN SANITARIA

A partir de noviembre 2002 se convierte en "dirección ejecutiva de calidad en salud", a la fecha de las normas técnicas publicadas como es: sistema de gestión de la calidad, lineamientos para la organización y funcionamiento de la estructura de calidad en los institutos y hospitales, directiva para el equipo de gestión de la calidad en la direcciones de salud, auditoria de la calidad en salud , norma técnica de acreditación entre otros documentos que a la fecha está en mejora para el escenario actual.

En el Año 2006 se crea la Dirección de Gestión y Calidad Sanitaria, como un órgano estructural de tercer nivel, dependiente de la Dirección Ejecutiva de Salud Individual, establecido en el Reglamento de Organizaciones y Funciones (ROF).¹ Se actualizó los documentos de gestión como el ROF para el año fiscal 2015. En concordancia al nuevo ROF se actualizo el Cuadro de Asignación de Personal Provisional (CAP-P) en el año fiscal 2015.² Se inició la implementación del ROF y CAP-P a partir de Septiembre del año fiscal 2015, en ese contexto se inició la implementación de las Funciones y competencias asignadas, a nivel de DIRESA - CUSCO.



En el año 2013 el HOSPITAL DE ESPINAR, inicia con las actividades propias de la unidad de gestión de calidad, siendo parte de la RED CANAS CANCHIS ESPINAR, dependiendo de forma presupuestal, operacional y administrativamente, integrando las diferentes actividades, con el único propósito de mejorar todo lo referido en la mejora de la calidad en nuestra institución.

En mayo del año 2014, viene a ser UNIDAD EJECUTORA 408 HOSPITAL DE ESPINAR, con una asignación presupuestal deficiente no cubriendo las necesidades básicas de la institución, ni con el personal requerido según categoría de II-1, y menos aún como UNIDAD DE GESTION DE LA CALIDAD.

En el 2016 y 2017, nuestro Hospital de Espinar inicia las acciones de organización por la calidad de manera focalizada a través de la intervención de programas y proyectos implementados, realizando

estudios, encuestas, mejora de capacidades, proyectos de mejora entre otros en ámbitos específicos y localizados.

En el 2018, se cumplieron varias de las actividades programadas, pero carece el tema de seguimiento, evaluación de los indicadores y la presencia de proyectos de mejora y/o planes de mejora por parte de los servicios, no contando con el equipo de trabajo que integra la unidad de calidad del HOSPITAL DE ESPINAR, según MOF, CAP, ROF, deficiente organización en relación a los cargos y responsabilidades según el organigrama funcional y estructural, Actualmente pasamos por un periodo de clima laboral deficiente, que para el año 2019 se quiere mejorar frente a los resultados obtenidos, personal indiferente al cumplimiento de actividades, por diversas razones, el nivel de gestión cae, ya que la dirección se ocupa en revolver problemas internos y no en gestionar situaciones de mejora.

La U.E. 408 HOSPITAL DE ESPINAR, institución joven, en proceso de mejora y adaptación a los cambios, en relación al sistema de salud MINSA – PERU, para los años 2019 – 2021, hubo deficiencias en el desarrollo de los diferentes componentes.

II.1.1 AREA DE GESTION SANITARIA:

Responde a las acciones de Planificación, Asistencia Técnica, Mejora de Capacidades, Monitoreo, Supervisión y Evaluación de las acciones de Gestión Sanitaria en nuestra U.E. 408 Hospital de espinar.



1. PARA EFECTOS DE LA PLANIFICACION:

Actividades para 01 año fiscal, se desarrolla la articulación de las acciones de gestión sanitaria dentro de la estructura funcional programática, la elaboración de los criterios de programación y elaboración de los términos de referencia, Acciones que se inició por la DGCS a partir del año 2016 hasta la fecha, que fueron institucionalizados, a través de la aprobación de una directiva por la dirección general a partir del año fiscal 2011 de la DIRESA, con la respectiva aplicación por todo los centros de costo incluido la UNIDAD DE GESTION DE CALIDAD de la U.E. 408 HOSPITAL DE ESPINAR y se da de manera progresiva en los órganos desconcentrados de nuestro hospital. Está pendiente la formulación de Planes de Largo y Mediano Plazo, en el marco de las normas establecidas y conducidas por la Autoridad Nacional en Planeamiento Estratégico.

2. ASISTENCIA TECNICA:

Recibimos Asistencia Técnica, tiene el propósito de generar recursos técnicos de gestión y Acompañamiento a los equipos técnicos de los Órganos Desconcentrados en materia de organización, Planificación, Ejecución y control de la gestión sanitaria. Recibe asistencia técnica los equipos y comités de calidad como parte integrante de la unidad de gestión de la calidad, deficiencias ya que el personal integrante renuncia u otros, no se tiene la continuidad la capacitación es continua de unos a otros entre personal nuevo y personal que no brinda un espacio para el cumplimiento de las actividades, asistencia técnica deficiente.

3. MONITOREO Y EVALUACION:

El monitoreo y la evaluación de la gestión sanitaria, son acciones que son programados e implementados en los diferentes estructuras orgánicas por parte de la unidad de gestión de calidad del HOSPITAL DE ESPINAR, Lo cual explicamos es deficiente, por la carga laboral de la responsable y demás personal integrante.

En el proceso de evaluación de la gestión sanitaria se desarrolló parcialmente en nuestra institución, con la propuesta e implementación de indicadores de resultado de la gestión sanitaria estando pendiente la articulación de los indicadores de la programación presupuestal, de los acuerdos de gestión, de los diferentes convenios de gestión como Cápita, FED, entre otros.



4. SUPERVISION:

La Supervisión, como parte del control de la gestión sanitaria, fue abordada desde los inicios de la creación de la DGCS, en concordancia a las normas del MINSA, y el desarrollo de los instrumentos propios de la DIRESA Cusco, para lo cual se incidió en la selección de supervisores Integrales de Salud, quedando pendiente la acreditación respectiva. Se usaron diferentes herramientas y aplicativos por niveles organizativos (DIRESA a Redes/ Hospitales teniendo la presencia de 01 supervisión durante el año 2018 en el primer semestre, se acuerdo a los resultados se tuvo tareas programas de ambas instancias como DIRESA y HOSPITAL, no se tuvo el acompañamiento de DIRESA en los compromisos planteados.



5. MEJORA DE CAPACIDADES:

Deficiencia a nivel de monitoreo y cumplimiento de recomendaciones, por deficiente monitoreo e iniciativa de jefes de servicio, frente a los problemas, de la misma forma tenemos el problema de años del clima laboral deficiente de muchos de los servicios que hace una demora en la organización y trabajo en equipo deficiente, para el año 2022, como primera tarea se tiene reiniciar el trabajo a nivel de componentes y decidir las mejoras oportunas del caso, y dar provecho al plan de capacitación de nos brinda GERESA CUSCO.

II.1.2 AREA DE GESTION DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN

Las acciones para la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad de Atención en Salud en el ámbito de la U.E. 408 HOSPITAL DE ESPINAR, están enmarcadas en el marco de la Norma Técnica del SGCS y las Políticas de Calidad de Atención en Salud.

II.1.2.1 ORGANIZACIÓN PARA LA CALIDAD

La UNIDAD EJECUTORA 408 HOSPITAL DE ESPINAR, es considerada una unidad dentro del organigrama estructural de nuestra institución.

Institución de categoría II 1 cuenta con un órgano funcional de gestión de la calidad). Unidad de Gestión de la Calidad. Los órganos funcionales que se requiere para la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad, incluye los diferentes comités y equipos de trabajo para el cumplimiento de las diferentes tareas que nos da cada componente de la GESTION DE LA CALIDAD EN SALUD.

II.1.2.2. PLANIFICACIÓN PARA LA CALIDAD

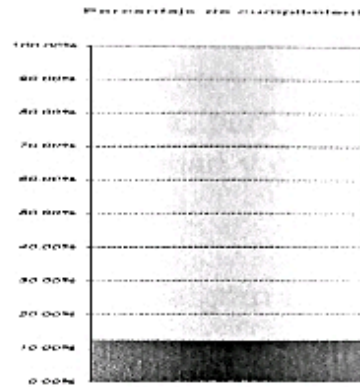
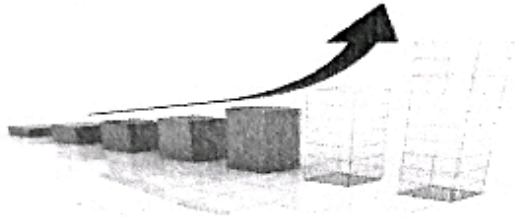
Las acciones de la Unidad de Gestión y Calidad Sanitaria están en concordancia al Plan Operativo Anual de la U.E. 408 HOSPITAL DE ESPINAR. A la programación multianual para lo cual formulamos e implementamos el plan táctico 2022.

Para la planificación 2018, se tuvo la asistencia técnica respectiva por el Comité de Calidad DIRESA CUSCO, en el marco de actividades que enmarcan con la gestión de calidad y a nivel presupuestal con el respectivo SUSTENTO TECNICO.



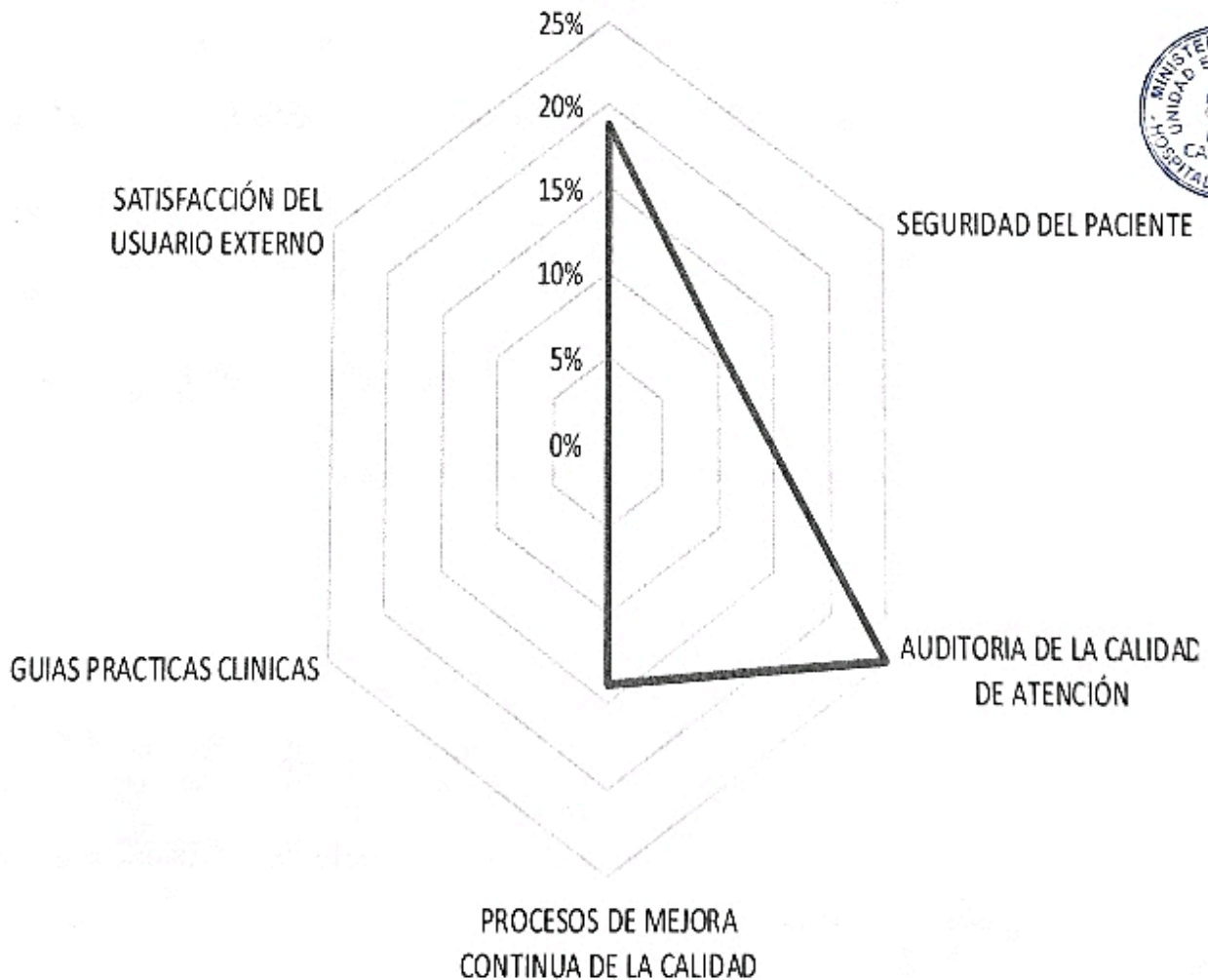


12.38%



Como evaluación 2016, tenemos una evaluación del 12.38% en el avance de actividades en temas de Gestión de la Calidad.

PLAN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD





Presentación que explica, la intervención y la dimensión a nivel de toda GESTION DE CALIDAD, en relación a las diferentes actividades y comités que lo integran, para el cumplimiento en los diferentes servicios que brinda nuestra institución y la importancia que genera, para las mejoras de los servicios y esta repercute en la atención de calidad y calidez hacia nuestro usuario interno y externo.

El plan del sistema de GESTION DE CALIDAD, tiene la gran importancia de intervenir en los diferentes ejes, para brindar una atención con calidad y calidez a nuestro usuario interno y externo.

II.1.2.3. INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD

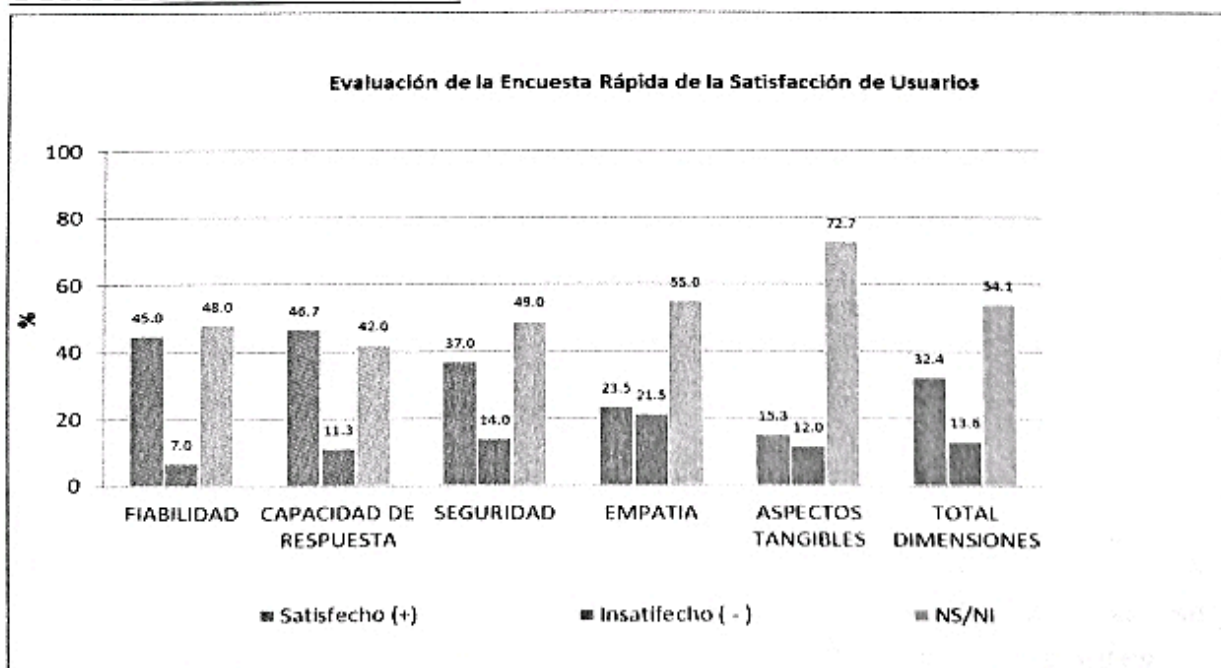
La medición de la satisfacción del usuario externo es de suma importancia para la plantear la mejora continua desde el enfoque del usuario y la medición está establecida por las normas emitidas por el Ministerio de Salud, ya se tiene el personal capacitado y la programación respectiva para el cumplimiento y la mejora que esperamos con ansias, a continuación presentamos resultados 2021.

II.1.2.3.1. SATISFACCION DE USUARIO EXTERNO.



En el 2021 se evaluó el grado de satisfacción del usuario externo en la U.E. 408 HOSPITAL DE ESPINAR, para efectos de medir el grado de satisfacción, cuyos resultados se detallan a continuación.

CONSULTORIO EXTERNO:





Obteniendo un 32.5 % de usuarios satisfechos y un 13.6 % de usuarios insatisfechos, indicando que los pacientes con más afluencia son en los consultorios de niño y gestante que atendemos por la población asignada, ya que la insatisfacción a diferencia de la última evaluación hay mejora en tema de satisfacción, pero se debe aclarar que hay un porcentaje alto del 54.1% de NS/NI, que se llevara a un análisis para las mejoras del caso.

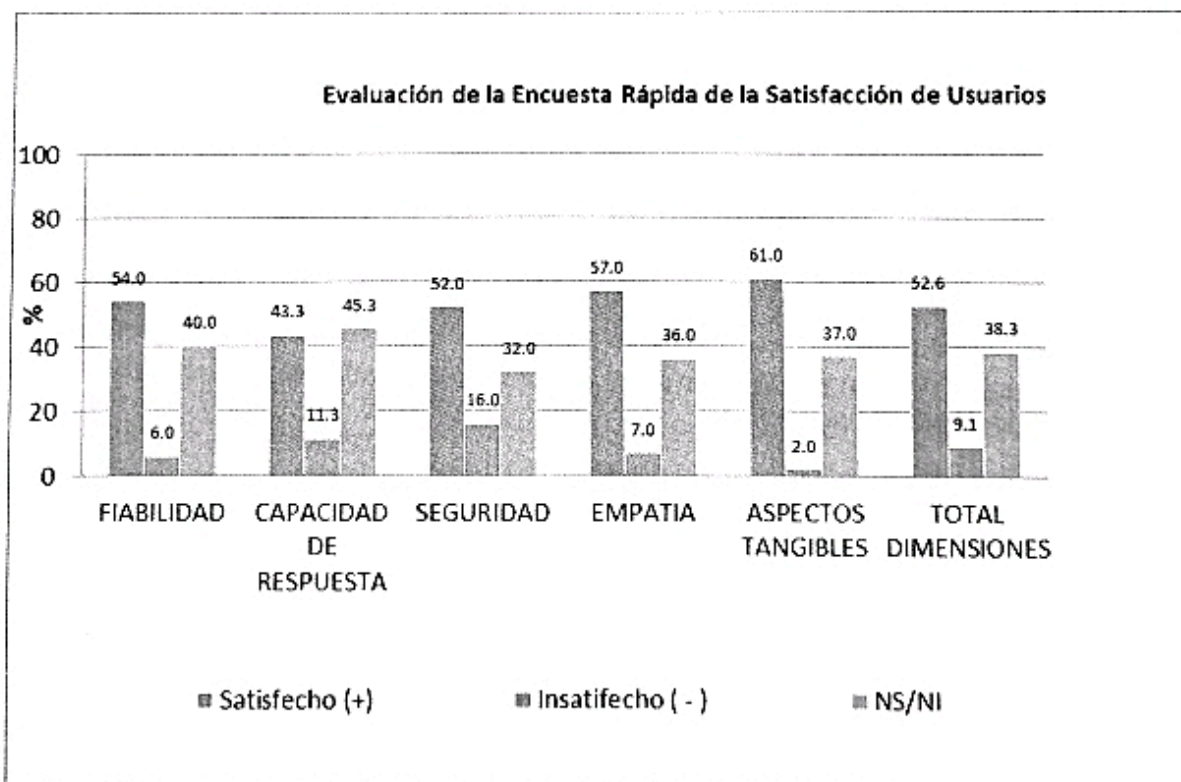
CONCLUSION:

Mejorar el porcentaje de NS/NI, que se considera como un porcentaje alto personas que no saben qué respuesta dar, entendieron la pregunta o no quieren responder.

RECOMENDACION:

Levantar línea de base y/o plan de mejora para fortalecer el trabajo según prioridad según porcentaje obtenido por cada dimensión.

EMERGENCIA:



Se obtiene un 52.6% de satisfacción en el usuario y un 9.1% de insatisfacción, hay una mejora variable en relación a evaluaciones anteriores pero aún hay un porcentaje de 38.3 % que NS/NI, que se tendrá en cuenta en la propuestas de mejora y evaluaciones posteriores.



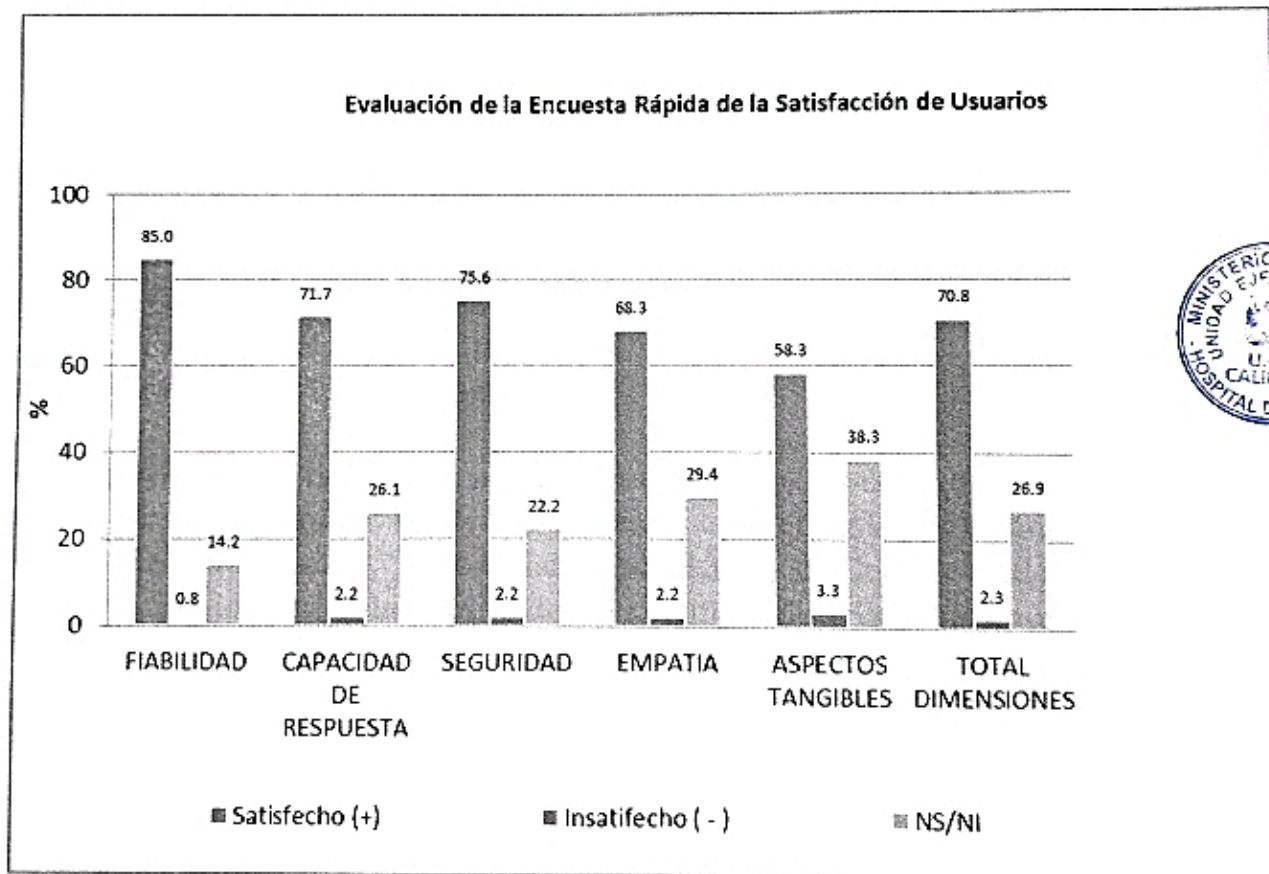
CONCLUSION:

Mejorar el porcentaje de NS/NI, que se considera como un porcentaje alto personas que no saben qué respuesta dar, entendieron la pregunta o no quieren responder.

RECOMENDACION:

Levantar línea de base y/o plan de mejora para fortalecer el trabajo según prioridad según porcentaje obtenido por cada dimensión.

HOSPITALIZACION:



Se obtiene un 70% de satisfacción en el usuario y un 2.3% de insatisfacción en el usuario externo, al hacer un análisis según la última evaluación se tenía un porcentaje por más del 70 % de insatisfacción pero vemos en el cuadro que hubo mejoras del mismo, tomaremos en cuenta las mejoras que propusieron o desarrollaron el servicio de hospitalización.

CONCLUSION:



Mejorar el porcentaje de NS/NI, que se considera como un porcentaje alto personas que no saben qué respuesta dar, entendieron la pregunta o no quieren responder.

RECOMENDACION:

Levantar línea de base y/o plan de mejora para fortalecer el trabajo según prioridad según porcentaje obtenido por cada dimensión, se tomara en cuenta que mejora exitosa se tuvo para mejorar la satisfacción del usuario externo.

II.1.2.3.2. TIEMPOS DE ESPERA EN LOS SERVICIOS DE CONSULTA EXTERNA.

En el 2017 se implementa 01 plan de mejora en relación al tiempo de espera del usuario externo, en el área de triaje, (que consideramos como cuello de botella en el flujo de nuestra atención), y a la evaluación mensual nos encontramos en proceso esto debido a que se tiene dificultades de diferente índole.

El tiempo de espera, se ha definido como la cantidad de tiempo desde que el usuario ingresa hasta que recibe su medicamento, que son 18 actividades secuenciales (rutas).



Para determinar el tiempo de espera en el servicio de consulta externa de los Hospitales de nivel II- 1, se utilizara la metodología basada en la observación de campo, el análisis estadístico de los procesos a ser medidos considerando las unidades de tiempo obtenidas (minutos) y el registro de los proceso de espera por cada servicio a fin de identificar el mayor tiempo demostrado en la espera, el tiempo estándar y el mejor tiempo esperado que para el 2018 no se logró. Es una actividad pendiente para el año fiscal 2019.

II.1.2.3.2. MEDICIÓN DEL CLIMA ORGANIZACIONAL

La definición operativa del Clima Organizacional, establecida por el MINSA, "son las percepciones compartidas por los miembros de una organización respecto al trabajo, el ambiente físico en que éste se da, las relaciones interpersonales que tiene lugar en torno a él y las diversas regulaciones formales e informales que afectan a dicho trabajo".



"AÑO DEL FORTALECIMIENTO DE LA SOBERANÍA NACIONAL"

Las variables que se tomarán en cuenta para el año 2017 son: Potencial Humano con 04 dimensiones (Liderazgo, Innovación, Recompensa y Confort), Diseño Organizacional con 04 dimensiones (Estructura, Toma de Decisiones, Comunicación organizacional y Remuneración) y la Cultura de la Organización con 03 dimensiones (Identidad, Conflicto y Cooperación y Motivación).

Los criterios de valoración cuantitativa es una proporción en porcentajes, la valoración cualitativa de la medición está clasificada en tres categorías, vinculadas a la valoración cuantitativa, expresadas de la siguiente manera: cuando el porcentaje general de la organización es inferior al 56% se califica como "No Saludable", cuando el porcentaje es igual o mayor de 56% y menor de 84% se califica como "Por mejorar" y cuando el porcentaje es mayor a 84% se califica como "Saludable".¹¹

Se realizó la medición del clima organizacional al 100% de trabajadores en el año fiscal 2013, cuyos resultados de manera general fue del 63.89% Para el 2018 tenemos el siguiente resultado:



| VARIABLE / DIMENSION | RANGO DE PUNTUACION | EVALUACION DE LA PUNTUACION | | | PUNTUA CION | EVALUA CION DE CLIMA | CLIMA ADVE RSO [0 a 1] | PRIO RIDA D DE INTER VENC IÓN |
|---|---------------------|-----------------------------|-------------|------------|-------------|----------------------|------------------------|-------------------------------|
| | | No Saludabl e | Por mejorar | Saluda ble | | | | |
| CLIMA ORGANIZACIONAL | 28 a 112 | Menos de | 56 a 84 | Más de 84 | 73.60 | Por Mejorar | 0.457 | * |
| Var 1 CULTURA DE LA ORGANIZACIÓN | 8 a 32 | Menos de 16 | 16 a 24 | Más de 24 | 22.80 | Por Mejorar | 0.383 | |
| Dim 2 Conflicto y Cooperación | 2 a 8 | Menos de 4 | 4 a 6 | Más de 6 | 5.20 | Por Mejorar | 0.467 | 1 |
| Dim 8 Motivación | 3 a 12 | Menos de 6 | 6 a 9 | Más de 9 | 7.80 | Por Mejorar | 0.467 | 2 |
| Dim 5 Identidad | 3 a 12 | Menos de 6 | 6 a 9 | Más de 9 | 9.80 | Saludable | 0.244 | 3 |
| Var 2 DISEÑO ORGANIZACIONAL | 9 a 36 | Menos de 18 | 18 a 27 | Más de 27 | 24.40 | Por Mejorar | 0.644 | |



"AÑO DEL FORTALECIMIENTO DE LA SOBERANÍA NACIONAL"

| | | | | | | | | | |
|-------------------------------------|-----------------------------|----------------|--------------------|----------------|------------------|--------------|-------------|--------------|---|
| Dim 11 | Toma de Decisiones | 2 a 8 | Menos de 4 | 4 a 6 | Más de 6 | 4.80 | Por Mejorar | 0.533 | 1 |
| Dim 10 | Remuneración | 2 a 8 | Menos de | 4 a 6 | Más de 6 | 5.00 | Por Mejorar | 0.500 | 2 |
| Dim 1 | Comunicación Organizacional | 3 a 12 | Menos de 6 | 6 a 9 | Más de 9 | 7.60 | Por Mejorar | 0.489 | 3 |
| Dim 4 | Estructura | 2 a 8 | Menos de 4 | 4 a 6 | Más de 6 | 7.00 | Saludable | 0.167 | 4 |
| Var 3 | POTENCIAL HUMANO | 11 a 44 | Menos de 22 | 22 a 33 | Más de 33 | 26.40 | Por Mejorar | 0.533 | |
| Dim 9 | Recompensa | 3 a 12 | Menos de 6 | 6 a 9 | Más de 9 | 6.60 | Por Mejorar | 0.600 | 1 |
| Dim 3 | Confort | 2 a 8 | Menos de 4 | 4 a 6 | Más de 6 | 4.40 | Por Mejorar | 0.600 | 2 |
| Dim 7 | Liderazgo | 2 a 8 | Menos de 4 | 4 a 6 | Más de 6 | 5.00 | Por Mejorar | 0.500 | 3 |
| Dim 6 | Innovación | 4 a 16 | Menos de | 8 a 12 | Más de 12 | 10.40 | Por Mejorar | 0.467 | 4 |
| Priorización de Variables: | | | | | | | | | |
| Var 2 | DISEÑO ORGANIZACIONAL | 9 a 36 | Menos de 18 | 18 a 27 | Más de 27 | 24.40 | Por Mejorar | 0.644 | 1 |
| Var 3 | POTENCIAL HUMANO | 11 a 44 | Menos de 22 | 22 a 33 | Más de 33 | 26.40 | Por Mejorar | 0.533 | 2 |
| Var 1 | CULTURA DE LA ORGANIZACIÓN | 8 a 32 | Menos de 16 | 16 a 24 | Más de 24 | 22.80 | Por Mejorar | 0.383 | 3 |
| Priorización de Dimensiones: | | | | | | | | | |
| Dim 9 | Recompensa | 3 a 12 | Menos de 6 | 6 a 9 | Más de 9 | 6.60 | Por Mejorar | 0.600 | 1 |
| Dim 3 | Confort | 2 a 8 | Menos de 4 | 4 a 6 | Más de 6 | 4.40 | Por Mejorar | 0.600 | 2 |
| Dim 11 | Toma de Decisiones | 2 a 8 | Menos de 4 | 4 a 6 | Más de 6 | 4.80 | Por Mejorar | 0.533 | 3 |
| Dim 10 | Remuneración | 2 a 8 | Menos de | 4 a 6 | Más de 6 | 5.00 | Por Mejorar | 0.500 | 4 |
| Dim 7 | Liderazgo | 2 a 8 | Menos de 4 | 4 a 6 | Más de 6 | 5.00 | Por Mejorar | 0.500 | 5 |
| Dim 1 | Comunicación Organizacional | 3 a 12 | Menos de 6 | 6 a 9 | Más de 9 | 7.60 | Por Mejorar | 0.489 | 6 |
| Dim 2 | Conflicto y Cooperación | 2 a 8 | Menos de 4 | 4 a 6 | Más de 6 | 5.20 | Por Mejorar | 0.467 | 7 |





"AÑO DEL FORTALECIMIENTO DE LA SOBERANÍA NACIONAL"

| Dim | | | | | | | | | |
|-------|------------|--------|------------|--------|-----------|-------|-------------|-------|----|
| Dim 6 | Innovación | 4 a 16 | Menos de 8 | 8 a 12 | Más de 12 | 10.40 | Por Mejorar | 0.467 | 8 |
| Dim 8 | Motivación | 3 a 12 | Menos de 6 | 6 a 9 | Más de 9 | 7.80 | Por Mejorar | 0.467 | 9 |
| Dim 5 | Identidad | 3 a 12 | Menos de 6 | 6 a 9 | Más de 9 | 9.80 | Saludable | 0.244 | 10 |
| Dim 4 | Estructura | 2 a 8 | Menos de 4 | 4 a 6 | Más de 6 | 7.00 | Saludable | 0.167 | 11 |

Se obtiene una evaluación POR MEJORAR, de 03 variables evaluadas, solo teniendo 02 dimensiones como saludables esto se refiere a DIM 5 IDENTIDAD, y DIM 4 ESTRUCTURA, en este entender el trabajo en clima laboral es bastante.

CONCLUSION:

Deficiente clima laboral en la U.E. 408 HOSPITAL DE ESPINAR.



RECOMENDACION:

Levantar línea de base y/o plan de mejora para fortalecer el trabajo según CUADRO DE PRIORIDAD.

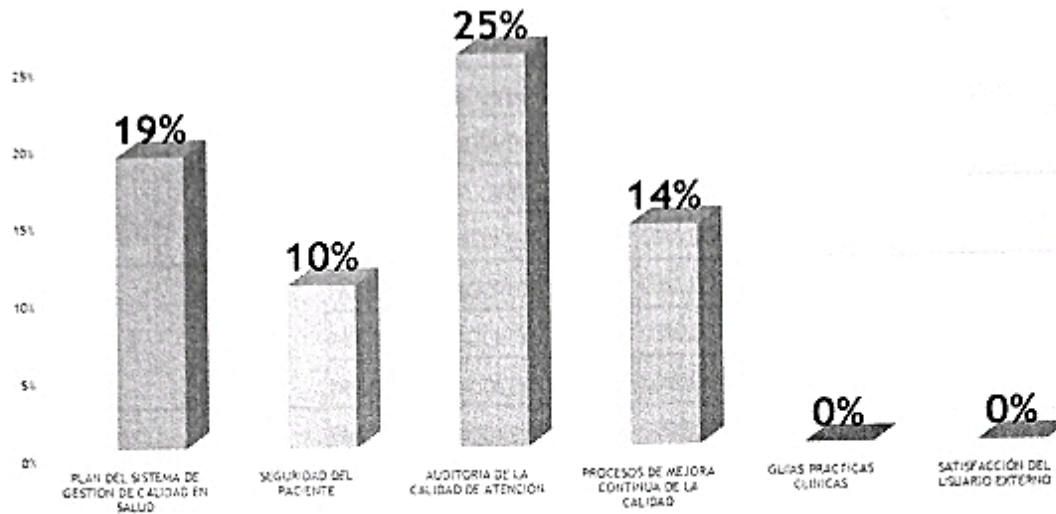
Para el año 2022, Dicha medición se hace cargo la oficina de GESTION DEL TALENTO HUMANO.

II.1.2.4. COMPONENTE DE GARANTIA Y MEJORA DE LA CALIDAD

Durante el Periodo 2014 al 2021, nuestro Hospital, como órganos desconcentrados implementa un conjunto de acciones que fortalezcan las capacidades organizativas, Técnicas de gestión y financieras de los equipos de gestión de la calidad, con el propósito de contribuir a la sostenibilidad del sistema y mejorar el desempeño, en forma continua y cíclica de manera que la atención prestada aun es parcial en su efectividad, orientándose a la satisfacción del usuario, para el año fiscal 2022.

"AÑO DEL FORTALECIMIENTO DE LA SOBERANÍA NACIONAL"

PORCENTAJE ALCANZADO EN LA IMPLEMENTACION DE ACCIONES DE MEJORA CONTINUA- GESTION DE LA CALIDAD DE LA U.E. 408 HOSPITAL DE ESPINAR.



desempeño de los profesionales de la salud en la prestación de la atención en los establecimientos del sector Salud.



La Auditoría de la Calidad de Atención, en sus Modalidades de Registro y Calidad de Atención Propiamente Dicho, se inició con algunos procesos de auditoría, aun no se cuenta con resultados que nos permitan identificar oportunidades de mejora.

Se realizó la asistencia técnica y capacitación por parte de la DIRESA en la "NTS 029 - MINSA – AUDITORIA DE LA CALIDAD DE LA ATENCION DE SALUD", para el 2021 ya se tienen los comités organizados para la ejecución de metas en auditoria para el 2022. Las auditorias programadas están consideradas en el plan Táctico 2021, a la evaluación del primer trimestre del 2021, no se ha cumplido con las auditorias programadas del año y las auditorias de caso presentado, los comités de calidad en salud y comités de Auditoria médica, las actividades en auditoria requieren espacios de tiempo para realizar las auditorias mencionadas.

Presentamos resultados de auditoria 2018, ya que 2019 2020 y 2021 no se realizaron auditorias.

Para el 2018 tenemos el siguiente avance.



"AÑO DEL FORTALECIMIENTO DE LA SOBERANÍA NACIONAL"

| SERVICIO HOSPITALARIO | NUMERO DE AUDITORIAS PROGRAMADAS | NUMERO DE AUDITORIAS REALIZADAS | PROCEDIMIENTO EVALUADO | PROCESO EN EL QUE SE ENCUENTRA | RECOMENDACIONES EMITIDAS | RECOMENDACIONES IMPLEMENTADAS |
|-----------------------|----------------------------------|---------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------|-------------------------------|
| MEDICINA | 3 | 6 | PROCESOS DE ATENCION EN EL SERVICIO. | CONCLUIDA | 2 | 1 |
| | | | PROCESOS DE ATENCION EN EL SERVICIO. | CONCLUIDA | 1 | PROCESO |
| | | | PROCESOS DE ATENCION EN EL SERVICIO. | CONCLUIDA | 1 | PROCESO |
| | | | PROCESOS DE ATENCION EN EL SERVICIO. | CONCLUIDA | 1 | PROCESO |
| | | | PROCESOS DE ATENCION EN EL SERVICIO. | CONCLUIDA | 1 | PROCESO |
| | | | PROCESOS DE ATENCION EN EL SERVICIO. | CONCLUIDA | 1 | PROCESO |
| PEDIATRIA | 3 | 3 | PROCESOS DE ATENCION EN EL SERVICIO. | CONCLUIDA | 2 | 1 |
| | | | PROCESOS DE ATENCION EN EL SERVICIO. | CONCLUIDA | 2 | 1 |
| | | | PROCESOS DE ATENCION EN EL SERVICIO. | CONCLUIDA | 1 | PROCESO |
| GINECO-OBSTETRICIA | 3 | 4 | PROCESOS DE ATENCION EN EL SERVICIO. | CONCLUIDA | 2 | 1 |
| | | | PROCESOS DE ATENCION EN EL SERVICIO. | CONCLUIDA | 1 | PROCESO |
| | | | PROCESOS DE ATENCION EN EL SERVICIO. | CONCLUIDA | 1 | PROCESO |
| | | | PROCESOS DE ATENCION EN EL SERVICIO. | CONCLUIDA | 1 | PROCESO |
| CIRUGIA | 3 | 1 | PROCESOS DE ATENCION EN EL SERVICIO. | CONCLUIDA | 1 | PROCESO |
| | | | PROCESOS DE ATENCION EN EL SERVICIO. | NO CONCLUIDA POR HISTORIA INCOMPLETA. | 1 | PROCESO |
| | | | PROCESOS DE ATENCION EN EL SERVICIO. | NO CONCLUIDA POR HISTORIA INCOMPLETA. | 1 | PROCESO |
| OTROS | 1 | 3 | PROCESOS DE ATENCION EN EL SERVICIO. | CONCLUIDA | 1 | PROCESO |
| | | | PROCESOS DE ATENCION EN EL SERVICIO. | CONCLUIDA | 1 | PROCESO |
| | | | PROCESOS DE ATENCION EN EL SERVICIO. | CONCLUIDA | 1 | PROCESO |

INDICADORES

Porcentaje de Auditorias de la Calidad de Atencion en Salud =

Nº de Auditoria de Calidad de Atención Ejecutadas e Informadas por los equipos de auditoria de los servicios
 $\frac{\quad}{\quad} \times 100\% = 141.6\%$
 Nº Total Auditoria de Calidad de Atención programadas



Se obtiene una evaluación del 141.6 % en relación a lo programado, según cuadro adjunto, teniendo las dificultades en la implementación de recomendaciones de las diferentes auditorias realizadas.

CONCLUSION:

Deficiente cumplimiento de implementación de recomendaciones de las auditorias programadas realizadas.

RECOMENDACION:

Levantar linea de base y/o plan de mejora para fortalecer el trabajo según recomendaciones brindadas, trabajo dirigido con jefes de servicio y personal de salud en general.



"AÑO DEL FORTALECIMIENTO DE LA SOBERANÍA NACIONAL"

| MORTALIDAD /EVENTO ADVERSO | NUMERO DE MUERTES | NUMERO DE AUDITORIAS REALIZADAS | INICIALES DE PACIENTE | EE.SS DE PROCEDENCIA | CAUSA DE MUERTE | TIPO DE AUDITORIA | PROCESO EN EL QUE SE ENCUENTRA LA AUDITORIA | Nº RECOMENDACIONES EMITIDAS | Nº RECOMENDACIONES IMPLEMENTADAS |
|----------------------------|-------------------|---------------------------------|-----------------------|----------------------|-----------------|-------------------|--|-----------------------------|----------------------------------|
| MATERNA | 0 | 0 | | | | | | | |
| PERINATAL | 0 | 0 | | | | | | | |
| NEUMONIA < 5 AÑOS | 0 | 0 | | | | | | | |
| NEUMONIA > 60 AÑOS | 0 | 0 | | | | | | | |
| EVENTO ADVERSO | 0 | 1 | D.E.P.S. | ESPINAR | N/A | AUDITORIA DE CASO | PROCESO DE IMPLEMENTACION DE LAS RECOMENDACIONES | 5 | 2 |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |



nota: se solicitó auditoria de caso de 01 en paciente (I.A.C.) muerte perinatal, perinato fallece en domicilio no se tiene historia clinica perinato pasa a morgue autorizado PNP - fiscalía para los informes finales (febrero).

nota: se solicitó auditoria de caso de 02 pacientes 01 perinato se reitera más 01 óbito (I.A.C - P.N.N.), solicitado por la RED CCE, perianto fallece en domicilio, no se tiene historia de atención ya que ambos casos fallecieron fuera de la institución (abril).

nota: se solicitó la auditoria de caso de 03 paciente en el mes de octubre, 01 caso es muerte de lactante en le hospital regional luego de haber sido atendido en el servicio de emergencia del hospital espinar, 02 casos de posible contaminación por hepatitis b, dichas auditorias de caso solicitadas fueron remitidas al comité de auditoria médica para su

ejecución en fecha 17 de octubre, con respuesta de informe n°04 por parte del comité auditor en fecha 26 de diciembre, quien menciona que realizó dicha labor por no contar con las horas programadas, deslindando responsabilidad alguna - en respuesta se informe N° 10 a unidad de personal y cuerpo médico.

La U.E. 408 HOSPITAL DE ESPINAR, ha tenido debilidades en relación a la programación de horas para la realización y cumplimiento de actividades propias del plan de auditoría año fiscal 2018, pese a que la RESPONSABLE DE DIRESA CUSCO, hizo la explicación del tiempo a programar para el cumplimiento de las mismas, y quedo en compromiso que los integrantes de los comités cumplieran ya que era cuestión de coordinación.

Esperemos que para el año 2022, las oportunidades de brindar horas administrativas para la elaboración de auditorías sean fructíferas.

B.- SEGURIDAD DEL PACIENTE:

El Ministerio de Salud del Perú, decide impulsar la Seguridad del Paciente, como aspecto esencial de la calidad en los servicios de salud; llevando a cabo estrategias innovadoras que mejoren la calidad de la atención y la seguridad de los pacientes, tales como la Cultura de seguridad, el estudio de eventos adversos, la seguridad en la medicación, control de infecciones intrahospitalarias, Comunicación de la información (notificación de eventos adversos), la realización de procedimientos correctos en lugares del cuerpo correcto, identificación de pacientes, comunicación durante el traspaso de pacientes, mejora de la higiene para prevenir infecciones.

El proceso de implementación en los diferentes servicios es progresivo. Se inició con el aspecto organizativo, mejora de capacidades y la aplicación de los instrumentos establecidos por el MINSA - DIRESA, producto de ello se cuenta con algunos resultados relacionados a la aplicación de la Lista de Verificación de la Cirugía Segura, Vigilancia de las infecciones asociadas a la atención de salud, Control de las infecciones intrahospitalarias con la conformación de los comités respectivos según consta en las resoluciones directorales y las evidencias respectivas.

Para el 2017, se tiene la capacitación en seguridad del paciente, que engloba un trabajo íntegro en la seguridad que se quiere lograr, la identificación de incidentes, eventos adversos y las rondas de seguridad, actividades que están consideradas en el plan táctico 2017 - 2018 y

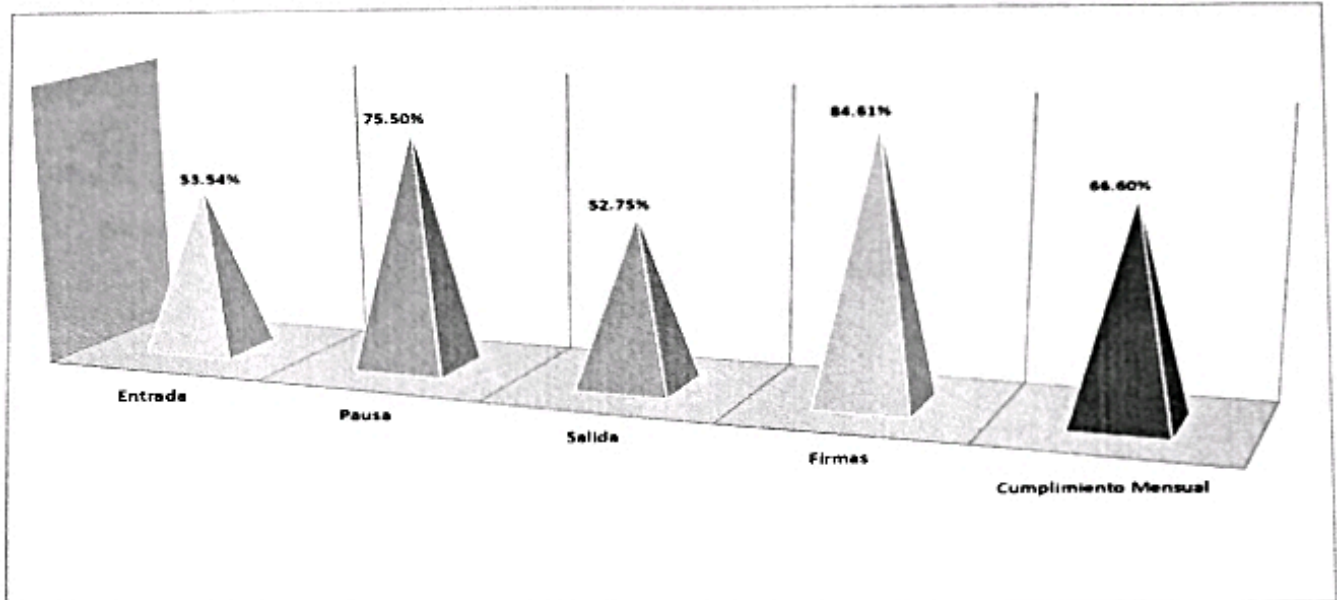


"AÑO DEL FORTALECIMIENTO DE LA SOBERANÍA NACIONAL"

continuar con las mejoras en la atención de calidad y calidez hacia nuestros usuarios.

Para el 2018 tenemos el siguiente avance:

CIRUGIA SEGURA:



COMPORTAMIENTO DE GRAFICO ANUAL 2018: en relación al cumplimiento de cirugía segura, se ha llegado a un 66% en la adherencia a la lista de verificación de la cirugía segura.

CONCLUSION: Deficiente implementación de la lista de verificación de cirugía segura.

RECOMENDACION: el equipo de cirugía segura deberá implementar plan de mejora, frente a las deficiencias.

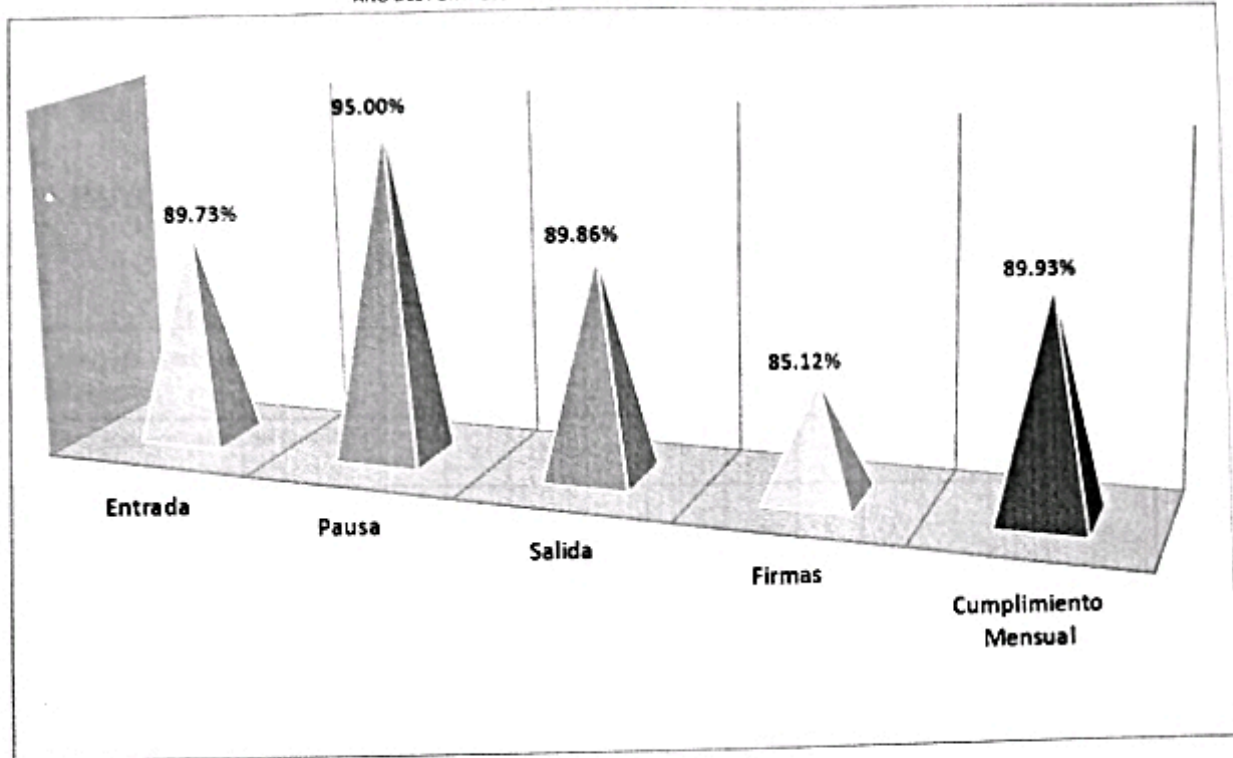
Para el 2021 tenemos el siguiente avance:

CIRUGIA SEGURA:





"AÑO DEL FORTALECIMIENTO DE LA SOBERANÍA NACIONAL"



COMPORTAMIENTO DE GRAFICO ANUAL 2021: en relación al cumplimiento de cirugía segura, se ha llegado a un 89.93% en la adherencia a la lista de verificación de la cirugía segura, observándose una mejora considerable a años anteriores.

CONCLUSION: Mejora de la implementación de la lista de verificación de cirugía segura.

RECOMENDACION: El equipo de cirugía segura deberá continuar con la implementación plan de mejora, frente a las deficiencias, y llegar a los puntajes óptimos en relación a la cirugía segura.



ADHERENCIA DE HIGIENE DE MANOS 2018:



"AÑO DEL FORTALECIMIENTO DE LA SOBERANÍA NACIONAL"

| Nº | TECNICA DE LAVADO DE MANOS (ASPECTOS EVALUADOS) | SERVICIOS APLICO LISTA DE CHEQUEO DE HIGIENEN DE MANOS: (COLOCAR EL NOMBRE DE LOS SERVICIOS) | | | | | | | | | | |
|----|--|---|----|-----------------|----|--|----|----------------|----|----------------------|----|-------|
| | | TOTAL MEDICO | | TOTAL ENFERMERA | | Total Internos y/o residentes, pasantes (Enf. Med. Obs.) | | TOTAL OBSTETRA | | TOTAL TEC. ENFERMERA | | TOTAL |
| | | C | NC | C | NC | C | NC | C | NC | C | NC | |
| * | Tiempo del lavado de manos 40 a 60 segundos | 4 | 7 | 10 | 5 | 0 | 0 | 5 | 7 | 2 | 8 | 48 |
| * | Conoce los momentos del lavado de manos | 4 | 7 | 10 | 5 | 0 | 0 | 5 | 7 | 2 | 8 | 48 |
| 1 | Abre la llave del caño y se moja las manos con agua. | 4 | 7 | 10 | 5 | 0 | 0 | 5 | 7 | 2 | 8 | 48 |
| 2 | Aplica jabón anti séptico, líquido o espuma en cantidad suficiente para cubrir toda la superficie de las | 4 | 7 | 10 | 5 | 0 | 0 | 5 | 7 | 2 | 8 | 48 |
| 3 | Frota la palma de las manos entre sí. | 4 | 7 | 10 | 5 | 0 | 0 | 5 | 7 | 2 | 8 | 48 |
| 4 | Frota la palma de la mano derecha, contra el dorso de la mano izquierda y viceversa. | 4 | 7 | 10 | 5 | 0 | 0 | 5 | 7 | 2 | 8 | 48 |
| 5 | Frota los dedos entrelazados. | 4 | 7 | 10 | 5 | 0 | 0 | 5 | 7 | 2 | 8 | 48 |
| 6 | Frota el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta, agarrándose los dedos. | 4 | 7 | 10 | 5 | 0 | 0 | 5 | 7 | 2 | 8 | 48 |
| 7 | Frota con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo atrapándolo con la mano derecha y | 4 | 7 | 10 | 5 | 0 | 0 | 5 | 7 | 2 | 8 | 48 |
| 8 | Frota la punta de los dedos con la mano derecha contra la palma de la mano izquierda haciendo un movimiento de rotación y viceversa. | 4 | 7 | 10 | 5 | 0 | 0 | 5 | 7 | 2 | 8 | 48 |
| 9 | Se enjuaga las manos con agua. | 4 | 7 | 10 | 5 | 0 | 0 | 5 | 7 | 2 | 8 | 48 |
| 10 | Se seca las manos cuidadosamente con papel toalla. | 4 | 7 | 10 | 5 | 0 | 0 | 5 | 7 | 2 | 8 | 48 |
| 11 | Utiliza el papel toalla para cerrar el grifo y luego lo desecha. | 4 | 7 | 10 | 5 | 0 | 0 | 5 | 7 | 2 | 8 | 48 |
| | Puntaje total | 4 | 7 | 10 | 5 | 0 | 0 | 5 | 7 | 2 | 8 | 48 |



"AÑO DEL FORTALECIMIENTO DE LA SOBERANÍA NACIONAL"

**CUADRO DE CONSOLIDADO DE LISTA DE CHEQUEO DE LA HIGIENE DE MANOS
GUIA TECNICA DE LAVADO DE MANOS RM N° 255 - 2016 - MINSA**

| N° | HIGIENEN DE MANOS | N° Total de Personal que cumplen los once pasos | Porcentaje | N° Total de Personal que no cumplen los once pasos | Porcentaje |
|----|---|---|------------|--|------------|
| 1 | Tiempo del lavado de manos 40 a 60 segundos | 21 | 43.75 | 27 | 56.25 |
| 2 | Conoce los momentos del lavado de manos | 21 | 43.75 | 27 | 56.25 |
| 3 | Pasos de Higiene de manos | 21 | 43.75 | 27 | 56.25 |

En relación a la adherencia de higiene de manos del personal de salud, llegamos a un 56% que se adhieren a la higiene de manos de un total de 48 personales de salud a quienes se aplicaron la lista de chequeo.

CONCLUSION:

Deficiente implementación de la adherencia en higiene de manos en el personal de salud de la U.E. 408 HOSPITAL DE ESPINAR.

RECOMENDACION:

La responsable iniciara con el plan de capacitación en higiene de manos, conformación del comité que hará la aplicación de la lista de chequeo de adherencia a la higiene de manos.

HIGIENE DE MANOS 2021.

En relación a la adherencia de higiene de manos del personal de salud, según la veces aplicadas de 451 veces aplicadas en el año 2021 se llegó a un 44.5% que se adhieren a la higiene de manos según la aplicación de la lista de chequeo.

CONCLUSION:

Deficiente implementación de la adherencia en higiene de manos en el personal de salud de la U.E. 408 HOSPITAL DE ESPINAR.

RECOMENDACION:

La responsable iniciara con el plan de capacitación en higiene de manos, conformación del comité que hará la aplicación de la lista de chequeo de adherencia a la higiene de manos.



"AÑO DEL FORTALECIMIENTO DE LA SOBERANÍA NACIONAL"

EVENTOS ADVERSOS 2018:

| SERVICIO | CAIDA PACIENTE | FLEBITIS EN ZONA DE PUNCIÓN | UPP | ERITEMA DE PAÑAL | CALAMBRE EN INTRADIÁLISIS | HIPERTENSIÓN INTRADIÁLISIS | HIPOTENSIÓN INTRADIÁLISIS | FUGA DE PACIENTES | ERROR EN IDENTIFICACIÓN DE PACIENTE | DIETA ERRONEA | CONFUSIÓN DE FORMATO S.H.CL. |
|--------------------------------|----------------|-----------------------------|----------|------------------|---------------------------|----------------------------|---------------------------|-------------------|-------------------------------------|---------------|------------------------------|
| NEONATOLOGÍA UCIN | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| MEDICINA MUJERES | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| MEDICINA VARONES | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 1 |
| CIRUGÍA ESPECIALIDADES | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| CIRUGIA VARONES | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| CIRUGIA MUJERES | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| TRAUMATOLOGÍA | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| PEDIATRÍA | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| CENTRO OBSTÉTRICO | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| MATERNIDAD | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ONCOLOGIA PEDIATRICA Y ADULTOS | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| HEMODIALISIS | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| UCI ADULTOS | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| EMERGENCIA Y TRAUMASHOCK | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 8 | 0 | 0 | 0 |
| CENTRO QUIRURGICO Y URPA | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| NEUMOLOGÍA | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| UCI | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| TOTAL | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 11 | 0 | 1 | 1 |





En relación a la notificación de eventos adversos, un total de 11 notificaciones de eventos adversos, que no llegaron a tener gravedad alguna posterior al evento, quedando un porcentaje de eventos no notificados estos podrían ser por desconocimiento de algún personal de salud, no conozcan el formato de notificación u otros aspectos.

CONCLUSION:

La notificación de eventos adversos ha tomado iniciativa en la mejora de procesos de atención de los diferentes servicios y el cuidado respectivo en los procesos de atención para con el usuario.

RECOMENDACION:

Continuar con el proceso de notificación oportuno para la identificación de nudos, barreras que ponen en riesgo los procesos de atención y la vida del paciente fomentemos la cultura de seguridad en la U.E. 408 HOSPITAL DE ESPINAR.

EVENTOS ADVERSOS 2019-2021 - NO SE REGISTRA DATOS.

(IAAS) - 2018.

CONSOLIDADO DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCION EN SALUD
DIRECCION DE GESTION Y CALIDAD SANITARIA AÑO 2018

HOSPITAL : U.E. 408 HOSPITAL DE ESPINAR.

SERVICIO DE NEONATOLOGIA :

NEONATOS MENOR A 1500 gr



| CATETER VENOSO CENTRAL (CVC) | | | | CATETER VENOSO PERIFERICO (CVP) | | | | VENTILADOR MECANICO (VM) | | | |
|--------------------------------|---------------------------|---------------------------|--------------------------|---------------------------------|---------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------|---------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| Nº días exposición con CVC (a) | Nº de pacientes vigilados | Nº ITS asociado a CVC (b) | Tasa de ITS (b/a x 1000) | Nº días exposición con CVP (c) | Nº de pacientes vigilados | NºITS asociado a CVP (d) | Tasa de ITS (d/c x 1000) | Nº días exposición con VM (e) | Nº de pacientes vigilados | NºNeumonías asociado a VM (f) | Tasa de Neumonía (f/e x 1000) |
| N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A |
| N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A |

NEONATOS MENOR A 1501 gr a 2500gr

| CATETER VENOSO CENTRAL (CVC) | CATETER VENOSO PERIFERICO (CVP) | VENTILADOR MECANICO (VM) |
|------------------------------|---------------------------------|--------------------------|
|------------------------------|---------------------------------|--------------------------|



"AÑO DEL FORTALECIMIENTO DE LA SOBERANÍA NACIONAL"

| N° días exposición con CVC (a) | N° de pacientes vigilados | N° ITS asociado a CVC (b) | Tasa de ITS (b/a x 1000) | N° días exposición con CVP (c) | N° de pacientes vigilados | N°ITS asociado a CVP (d) | Tasa de ITS (d/c x 1000) | N° días exposición con VM (e) | N° de pacientes vigilados | N°Neumonías asociado a VM (f) | Tasa de Neumonía (f/e x 1000) |
|--------------------------------|---------------------------|---------------------------|--------------------------|--------------------------------|---------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------|---------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A |
| N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A |

NEONATOS MAYOR a 2500gr

| CATETER VENOSO CENTRAL (CVC) | | | | CATETER VENOSO PERIFERICO (CVP) | | | | VENTILADOR MECANICO (VM) | | | |
|--------------------------------|---------------------------|---------------------------|--------------------------|---------------------------------|---------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------|---------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| N° días exposición con CVC (a) | N° de pacientes vigilados | N° ITS asociado a CVC (b) | Tasa de ITS (b/a x 1000) | N° días exposición con CVP (c) | N° de pacientes vigilados | N°ITS asociado a CVP (d) | Tasa de ITS (d/c x 1000) | N° días exposición con VM (e) | N° de pacientes vigilados | N°Neumonías asociado a VM (f) | Tasa de Neumonía (f/e x 1000) |
| N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A |
| N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A |

| CATETER VENOSO CENTRAL (CVC) | | | | CATETER URINARIO PERMANENTE (CUP) | | | | VENTILADOR MECANICO (VM) | | | |
|--------------------------------|---------------------------|---------------------------|--------------------------|-----------------------------------|---------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------|---------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| N° días exposición con CVC (a) | N° de pacientes vigilados | N° ITS asociado a CVC (b) | Tasa de ITS (b/a x 1000) | N° días exposición con CUP (c) | N° de pacientes vigilados | N°ITU asociado a CUP (d) | Tasa de ITU (d/c x 1000) | N° días exposición con VM (e) | N° de pacientes vigilados | N°Neumonías asociado a VM (f) | Tasa de Neumonía (f/e x 1000) |
| N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A |
| N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A |

*ITS: Infección del Torrente Sanguíneo

ITU: Infección del Tracto Urinario

SERVICIO DE MEDICINA:

| CATETER URINARIO PERMANENTE (CUP) | | | |
|-----------------------------------|---------------------------|--------------------------|--------------------------|
| N° días exposición con CUP (a) | N° de pacientes vigilados | N°ITU asociado a CUP (b) | Tasa de ITU (b/a x 1000) |
| N/A | N/A | N/A | N/A |
| N/A | N/A | N/A | N/A |



SERVICIO DE CIRUGIA:

| CATETER URINARIO PERMANENTE (CUP) | | | | COLESISTECTOMIA | | | HEMIOPLASTIA INGUINAL | | |
|-----------------------------------|---------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------|------------|-------------------|-------------------------------|------------|------------------|
| N° días exposición con CUP (c) | N° de pacientes vigilados | N°ITU asociado a CUP (d) | Tasa de ITU (d/c x 1000) | N° de pacientes vigilados (e) | N° IHO (f) | Tasa (f/e x 1000) | N° de pacientes vigilados (g) | N° IHO (h) | Tasa (h/g x 100) |
| N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A |
| N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A |

*IHO: Infección de Herida Operatoria

SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA:

| PARTO VAGINAL | PARTO CESAREA |
|---------------|---------------|
|---------------|---------------|



"AÑO DEL FORTALECIMIENTO DE LA SOBERANÍA NACIONAL"

| N° de pacientes vigilados (a) | N° de Endometritis (b) | Tasa de ITU (b/a x 1000) | N° de pacientes vigilados (c) | N° de Endometritis (d) | Tasa de ITU (d/c x 1000) | N° IHO (e) | Tasa (e/c x 1000) |
|-------------------------------|------------------------|--------------------------|-------------------------------|------------------------|--------------------------|------------|-------------------|
| N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A |
| N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A |

Los servicios considerados para la presencia de IAAS, no se tiene notificado ningún evento de este tipo.

RECOMENDACIÓN:

La responsable deberá emitir un plan de capacitación, en IAAS dirigido a jefes de servicio y personal de salud para la mejora del mismo o para mantener y presentar casos de IAAS.

IAAS 2021:

**CONSOLIDADO DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCION EN SALUD
DIRECCION DE GESTION Y CALIDAD SANITARIA AÑO 2021**

HOSPITAL : U.E 408 HOSPITAL ESPINAR

FECHA:
AÑO 2021



SERVICIO DE
NEONATOLOGIA :

NEONATOS MENOR A 1500 gr

| CATETER VENOSO CENTRAL (CVC) | | | | CATETER VENOSO PERIFERICO (CVP) | | | | VENTILADOR MECANICO (VM) | | | |
|--------------------------------|---------------------------|---------------------------|--------------------------|---------------------------------|---------------------------|---------------------------|--------------------------|-------------------------------|---------------------------|--------------------------------|-------------------------------|
| N° días exposición con CVC (a) | N° de pacientes vigilados | N° ITS asociado a CVC (b) | Tasa de ITS (b/a x 1000) | N° días exposición con CVP (c) | N° de pacientes vigilados | N° ITS asociado a CVP (d) | Tasa de ITS (d/c x 1000) | N° días exposición con VM (e) | N° de pacientes vigilados | N° Neumonías asociado a VM (f) | Tasa de Neumonía (f/e x 1000) |
| NA | NA | NA | NA | 0 | 0 | 0 | 0 | NA | NA | NA | NA |

NEONATOS MENOR A 1501 gr a 2500gr

| CATETER VENOSO CENTRAL (CVC) | | | | CATETER VENOSO PERIFERICO (CVP) | | | | VENTILADOR MECANICO (VM) | | | |
|--------------------------------|---------------------------|---------------------------|--------------------------|---------------------------------|---------------------------|---------------------------|--------------------------|-------------------------------|---------------------------|--------------------------------|-------------------------------|
| N° días exposición con CVC (a) | N° de pacientes vigilados | N° ITS asociado a CVC (b) | Tasa de ITS (b/a x 1000) | N° días exposición con CVP (c) | N° de pacientes vigilados | N° ITS asociado a CVP (d) | Tasa de ITS (d/c x 1000) | N° días exposición con VM (e) | N° de pacientes vigilados | N° Neumonías asociado a VM (f) | Tasa de Neumonía (f/e x 1000) |
| NA | NA | NA | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | NA | NA | NA | NA |

NEONATOS MAYOR a 2500gr

| CATETER VENOSO CENTRAL (CVC) | | | | CATETER VENOSO PERIFERICO (CVP) | | | | VENTILADOR MECANICO (VM) | | | |
|--------------------------------|---------------------------|---------------------------|--------------------------|---------------------------------|---------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------|---------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| Nº días exposición con CVC (a) | Nº de pacientes vigilados | Nº ITS asociado a CVC (b) | Tasa de ITS (b/a x 1000) | Nº días exposición con CVP (c) | Nº de pacientes vigilados | NºITS asociado a CVP (d) | Tasa de ITS (d/c x 1000) | Nº días exposición con VM (e) | Nº de pacientes vigilados | NºNeumonias asociado a VM (f) | Tasa de Neumonía (f/e x 1000) |
| NA | NA | NA | NA | 22 | 16 | 0 | #iDIV /0! | NA | NA | NA | NA |

ITS: Infección del Torrente Sanguíneo

**CONSOLIDADO DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCION EN SALUD
DIRECCION DE GESTION Y CALIDAD SANITARIA AÑO 2021**

HOSPITAL : U.E 408 HOSPITAL ESPINAR

FECHA: MAYO 2021



SERVICIO DE UCI:

| CATETER VENOSO CENTRAL (CVC) | | | | CATETER URINARIO PERMANENTE (CUP) | | | | VENTILADOR MECANICO (VM) | | | |
|--------------------------------|---------------------------|---------------------------|-------------------------|-----------------------------------|---------------------------|--------------------------|-------------------------|-------------------------------|---------------------------|-------------------------------|------------------------------|
| Nº días exposición con CVC (a) | Nº de pacientes vigilados | Nº ITS asociado a CVC (b) | Tasa de ITS (b/a x 100) | Nº días exposición con CUP (c) | Nº de pacientes vigilados | NºITU asociado a CUP (d) | Tasa de ITU (d/c x 100) | Nº días exposición con VM (e) | Nº de pacientes vigilados | NºNeumonias asociado a VM (f) | Tasa de Neumonía (f/e x 100) |
| NA | NA | NA | NA | NA | NA | NA | NA | NA | NA | NA | NA |

*ITS: Infección del Torrente Sanguíneo ITU: Infección del Tracto Urinario

SERVICIO DE MEDICINA:

| CATETER URINARIO PERMANENTE (CUP) | | | |
|-----------------------------------|---------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Nº días exposición con CUP (a) | Nº de pacientes vigilados | NºITU asociado a CUP (b) | Tasa de ITU (b/a x 1000) |
| 46 | 11 | 0 | 0 |

SERVICIO DE CIRUGIA:

| CATETER URINARIO PERMANENTE (CUP) | | | | COLESISTECTOMIA | | | HEMIOPLASTIA INGUINAL | | |
|-----------------------------------|---------------------------|--------------------------|-------------------------|-------------------------------|------------|------------------|-------------------------------|------------|------------------|
| Nº días exposición con CUP (c) | Nº de pacientes vigilados | NºITU asociado a CUP (d) | Tasa de ITU (d/c x 100) | Nº de pacientes vigilados (e) | Nº IHO (f) | Tasa (f/e x 100) | Nº de pacientes vigilados (g) | Nº IHO (h) | Tasa (h/g x 100) |
| 22 | 9 | 0 | #iDIV /0! | 82 | 0 | 0 | 3 | 0 | #iDIV /0! |

*IHO: Infección de Herida Operatoria



"AÑO DEL FORTALECIMIENTO DE LA SOBERANÍA NACIONAL"

SERVICIO DEGINECO

OBSTETRICIA:

| PARTO VAGINAL | | | PARTO CESAREA | | | | |
|---------------------------------|--------------------------|-------------------------|---------------------------------|--------------------------|-------------------------|--------------|------------------|
| N° de pacientes vigilados (a) | N° de Endometritis (b) | Tasa de End (b/a x 100) | N° de pacientes vigilados (c) | N° de Endometritis (d) | Tasa de End (d/c x 100) | N° IHO (e) | Tasa (e/c x 100) |
| 297 | 0 | 0 | 163 | 0 | 0 | 0 | 0 |

| NEONATOS MENOR A 1500 gr | | | NEONATOS MENOR A 1501 gr a 2500gr | | | NEONATOS MAYOR a 2500gr | | |
|------------------------------|---------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|-------------------------------|------------------------------|---------------------------------|-------------------------------|
| CATETER VENOSO CENTRAL (CVC) | CATETER VENOSO PERIFERICO (CVP) | VENTILADOR MECANICO (VM) | CATETER VENOSO CENTRAL (CVC) | CATETER VENOSO PERIFERICO (CVP) | VENTILADOR MECANICO (VM) | CATETER VENOSO CENTRAL (CVC) | CATETER VENOSO PERIFERICO (CVP) | VENTILADOR MECANICO (VM) |
| Tasa de ITS (b/a x 1000) | Tasa de ITS (d/c x 1000) | Tasa de Neumonia (f/e x 1000) | Tasa de ITS (b/a x 1000) | Tasa de ITS (d/c x 1000) | Tasa de Neumonia (f/e x 1000) | Tasa de ITS (b/a x 1000) | Tasa de ITS (d/c x 1000) | Tasa de Neumonia (f/e x 1000) |
| 0 | 0 | 0 | | | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

Los servicios considerados para la presencia de IAAS, se TIENEN eventos notificados durante el periodo 2021, para lo cual la responsable deberá seguir con el monitoreo y notificación del mismo.



RECOMENDACIÓN:

La responsable deberá emitir un plan de capacitación, en IAAS dirigido a jefes de servicio y personal de salud para la mejora del mismo o para mantener y presentar casos de IAAS.

RONDAS DE SEGURIDAD 2018.

MATRIZ DE CONSOLIDADO DE RESULTADOS

| N° | BARRERAS/ items | B1 | B2 | B3 | B4 | B5 | B6 | B7 | TOTAL items | % de Incumplimientos |
|----|------------------------------|----|----|----|----|----|----|----|-------------|----------------------|
| | | 9 | 10 | 10 | 6 | 11 | 4 | 7 | | |
| 1 | MEDICINA | 5 | 8 | 9 | 0 | 7 | 2 | 5 | 36 | 63.16 |
| 2 | PEDIATRIA | 5 | 8 | 9 | 0 | 7 | 3 | 4 | 36 | 63.16 |
| 3 | CIRUGIA/CENTRO QUIRURGICO | 6 | 9 | 9 | 0 | 8 | 2 | 6 | 40 | 70.18 |
| 4 | GINECOLOGIA | 7 | 8 | 8 | 0 | 7 | 3 | 6 | 39 | 68.42 |
| 5 | MATERNIDAD/CENTRO OBSTETRICO | 6 | 9 | 9 | 0 | 10 | 3 | 6 | 43 | 75.44 |
| 6 | EMERGENCIA | 6 | 9 | 8 | 0 | 9 | 3 | 5 | 40 | 70.18 |

ANALISIS DE MODO FALLO:

| MODO DE FALLO | EFEECTO | CAUSAS | N P S A 1 | N P S A 2 | N P S A 3 | MÉTODO DE DETECCIÓN | G GRAVEDAD | O OCURRENCIA | D DETECCIÓN | NP R INICIAL | ACCIONES RECOMEND. | RESPONSABLE | ACCIÓN TOMADA | G GRAVEDAD | O OCURRENCIA | D DETECCIÓN | NPR final |
|---------------------------|--|---|-----------|-----------|-----------|--|------------|--------------|-------------|--------------|---|--|---|------------|--------------|-------------|-----------|
| PERSONAL NO CAPACITADO | DEMORA EN LA ATENCIÓN - MUERTE DE LA PACIENTE. | DEFICIENTE FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES AL PERSONAL DE SALUD EN EL MANEJO DE PACIENTES CON EMERGENCIA OBSTETRICA. | FFE | FFE1 | FFE11 | QUEJAS COMENTARIOS DENUNCIAS INFORMES. | 9 | 8 | 5 | 360 | ELABORAR PLAN DE FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES DIRIGIDO AL PERSONAL DE SALUD DE CENTRO OBSTETRICO. | JEFE DE LA UNIDAD DE CENTRO OBSTETRICO. | PLAN DE FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES. | 8 | 7 | 5 | 280 |
| FALTA DE COCHE DE PARO | DEMORA EN LA ATENCIÓN - MUERTE DE LA PACIENTE | DEFICIENTE PRIORIZACION EN LA COMPRA ANUAL - PRESUPUESTO | FER | FER4 | FER45 | QUEJAS. INFORMES | 8 | 8 | 6 | 384 | PRIORIZAR LA COMPRA DE COCHES DE PARO PARA LOS SERVICIOS CRITICOS - DECIDIDO EN COMITÉ DE GESTION. | JEFE DE LA UNIDAD DE CENTRO OBSTETRICO. | COMPRA DE COCHES DE PARO PARA LOS DIFERENTES SERVICIOS. | 6 | 5 | 8 | 240 |
| NO CUMPLE NORMA STOCK | DEMORA EN LA ATENCIÓN | DEFICIENTE MONITOREO Y CUMPLIMIENTO DEL MISMO. | FT | FT2 | FT24 | IDEM | 5 | 9 | 5 | 225 | ELABORAR UNA LISTA CHEQUEO PRACTICO PARA TODO EL PERSONAL DE SALUD. | JEFE DE LA UNIDAD DE FARMACIA Y CENTRO OBSTETRICO. | LISTA DE CHEQUEO. | 5 | 5 | 4 | 100 |
| COCHE DE PARO INOPERATIVO | DEMORA EN LA ATENCIÓN | DEFICIENTE MANTENIMIENTO DEL COCHE DE PARO | FOE | FOE2 | FOE21 | IDEM | 6 | 7 | 5 | 210 | JEFE DE MANTENIMIENTO DEBERA INCLUIR EL MANTENIMIENTO DE COCHES DE CURACION OPERATIVOS | JEFE DE LA UNIDAD DE FARMACIA Y CENTRO OBSTETRICO. | PRIORIZACION EN EL MANTENIMIENTO. | 5 | 6 | 4 | 120 |

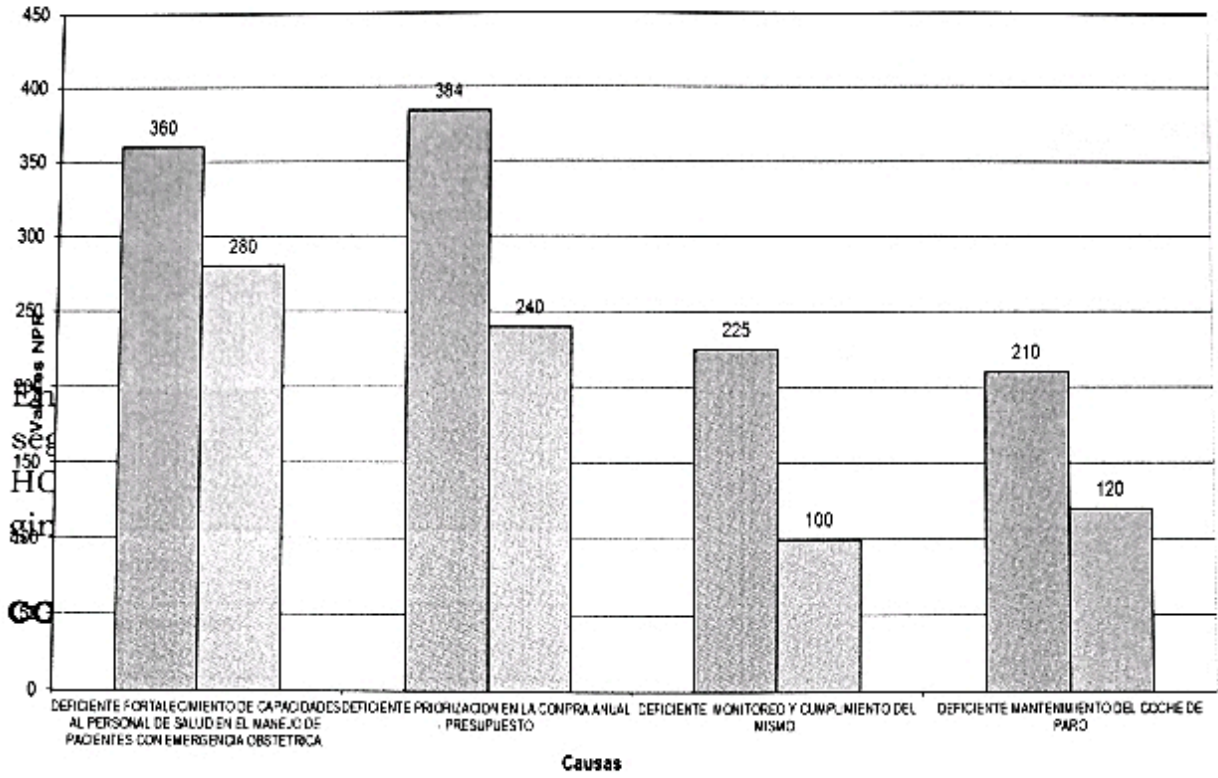




"AÑO DEL FORTALECIMIENTO DE LA SOBERANÍA NACIONAL"

AMFE
NPR inicial y final

■ DNPR inicial
■ DNPR final



Deficiente implementación de procesos de atención según guías y normas, personal de salud adopto procesos inseguros en la atención del usuario, dejo de lado los procesos seguros.

RECOMENDACION:

Los jefes de servicio deberán trabajar junto con la responsable de calidad, en la elaboración de planes de mejora, para garantizar las barreras de los procesos de atención al usuario mejorar la cultura de seguridad en el personal de salud.

RONDAS DE SEGURIDAD 2019- 2021 NO SE TIENE DATOS.



C.- ACREDITACION DE LOS ESTABLECIMIENTOS 2018:

La Acreditación como proceso de evaluación periódica implementada con la finalidad de promover acciones de mejoramiento continuo de la calidad de atención y el desarrollo armónico de los servicios de Salud, basada en la comparación del desempeño del prestador de salud con una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar y consolidar el desarrollo de la autoevaluación en nuestro hospital, con el despliegue de asistencia



"AÑO DEL FORTALECIMIENTO DE LA SOBERANÍA NACIONAL"

técnica, cuya meta fundamental es la acreditación de nuestro HOSPITAL nivel II - 1.

Establecimiento : ESPINAR-00007135

Tipo de Establecimiento : II-1

Fase: AutoEvaluación

Año: 2018

Periodo : 1

| MACROPROCESO | CATEGORIAS |
|--------------|------------|
|--------------|------------|

| Macroprocesos | Criterios eval | NRO TOTAL CRITERIOS | | | | 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 |
|-------------------------------------|----------------|---------------------|----|---|----|----------------------------------|----------------------------------|------------------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|
| | | E | P | R | T | Total | Total | % | Total | Total | % |
| Direccionamiento | 11 | 6 | 4 | 1 | 11 | 45.92 | 17.56 | 38.24 | 203.20 | 61.05 | 30.04 |
| Gestión de recursos humanos | 11 | 5 | 6 | 0 | 11 | 45.92 | 8.10 | 17.65 | | | |
| Gestión de la calidad | 22 | 10 | 5 | 7 | 22 | 45.92 | 11.76 | 25.61 | | | |
| Manejo del riesgo de atención | 50 | 10 | 39 | 1 | 50 | 45.92 | 13.88 | 30.22 | | | |
| Gestión de seguridad ante desastres | 21 | 14 | 7 | 0 | 21 | 45.92 | 15.58 | 33.93 | | | |
| Control de la gestión y prestación | 15 | 5 | 9 | 1 | 15 | 45.92 | 15.90 | 34.62 | | | |
| Atención ambulatoria | 14 | 8 | 6 | 0 | 14 | 45.92 | 21.81 | 47.50 | 232.22 | 71.71 | 30.88 |
| Atención extramural | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | | | |
| Atención de hospitalización | 24 | 5 | 12 | 7 | 24 | 45.92 | 6.43 | 14.00 | | | |
| Atención de emergencias | 14 | 11 | 1 | 2 | 14 | 16.40 | 4.32 | 26.32 | | | |
| Atención quirúrgica | 24 | 7 | 11 | 6 | 24 | 16.40 | 5.93 | 36.17 | | | |
| Docencia e Investigación | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 145.14 | 63.72 | 43.90 |
| Apoyo diagnóstico y tratamiento | 11 | 1 | 9 | 1 | 11 | 16.40 | 2.61 | 15.91 | | | |
| Admisión y alta | 16 | 3 | 7 | 6 | 16 | 16.40 | 1.41 | 8.57 | | | |
| Referencia y contrarreferencia | 13 | 9 | 1 | 3 | 13 | 16.40 | 11.89 | 72.50 | | | |
| Gestión de medicamentos | 15 | 4 | 11 | 0 | 15 | 16.40 | 10.41 | 63.46 | | | |





| "AÑO DEL FORTALECIMIENTO DE LA SOBERANÍA NACIONAL" | | | | | | | | |
|---|------------|------------|------------|-----------|------------|---------------|---------------|--------------------------|
| Gestión de la información | 14 | 6 | 7 | 1 | 14 | 16.40 | 2.85 | 17.39 |
| Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización | 17 | 7 | 8 | 2 | 17 | 32.80 | 13.57 | 41.38 |
| Manejo del riesgo social | 6 | 2 | 3 | 1 | 6 | 16.40 | 14.16 | 86.36 |
| Manejo de nutrición de pacientes | 10 | 4 | 5 | 1 | 10 | 16.40 | 9.65 | 58.82 |
| Gestión de insumos y materiales | 8 | 4 | 3 | 1 | 8 | 16.40 | 10.72 | 65.38 |
| Gestión de equipos e infraestructura | 12 | 7 | 5 | 0 | 12 | 16.40 | 1.93 | 11.76 |
| Total | 328 | 128 | 159 | 41 | 328 | 580.56 | 200.46 | |
| | | | | | | | | 580.56 |
| | | | | | | | | 196.48 |
| | | | | | | | | Puntaje Final (%) |
| | | | | | | | | 34 |

| |
|---|
| RESULTADO FINAL |
| NO APROBADO. REINICIAR DESDE LA AUTOEVALUACIÓN (MENOS 50%) |

Para el año 2018 se realizó la autoevaluación para la acreditación, (100% de macro procesos), puntaje obtenido de 34% un resultado no aprobado que nos indica reiniciar la autoevaluación.

CONCLUSION:

Deficiente implementación de macro-procesos en cada servicio



RECOMENDACION:

Los jefes de servicio junto a la responsable de calidad deberán trabajar con suma urgencia la implementación del mismo y lograr la acreditación correspondiente.

ACREDITACION 2019-2021 NO SE TIENE DATOS.

D.- MEJORAMIENTO CONTINUO 2018:

Los procesos de mejoramiento continuo requieren una metodología de trabajo que permita a partir de los resultados obtenidos establecer una



"AÑO DEL FORTALECIMIENTO DE LA SOBERANÍA NACIONAL"

línea de continuidad en el desarrollo de acciones, programas y proyectos de mejora continua a fin de cerrar las brechas existentes, desarrollar niveles de mayor competitividad y encaminarse a constituir una organización de excelencia. Para ello se cuenta con herramientas, estrategias y resultado de las diferentes mediciones del cumplimiento de estándares y normas.

MATRIZ DE REPORTE TRIMESTRAL DE PROYECTOS DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD

| N° | 1. NOMBRE | 2. ETAPA (marcar con una x) | | | | | 3. LUGAR DE ORIGEN | 4. DATOS TEMPORALES | | | 5. FINANCIAMIENTO | |
|----|---|-----------------------------|----------------|-----------|------------|----------------------|--------------------|---------------------|-----------------------|-------------------------|-----------------------------------|---------------------------|
| | | ESTUDIOS | IMPLEMENTACION | OPERACION | EVALUACION | INSTITUCIONALIZACION | | SERVICIO | FECHA DE PRESENTACION | FECHA DE IMPLEMENTACION | FECHA DE INSTITUCIONALIZACION/ORD | ORIGEN DEL FINANCIAMIENTO |
| 1 | ATENCIÓN DE PARTO CON METODOLOGÍA DE PARTO VERTICAL, EN EL HOSPITAL DE ESPINAR 2019 | X | N/A | N/A | N/A | N/A | GINECOOBSTETRICIA | 01/11/2018 | 01/06/2019 | N/A | N/A | N/A |

PROYECTOS EN ETAPA DE ESTUDIO:

Se planteó desde el servicio de centro obstétrico la implementación de parto vertical con adecuación cultural, para lograr procesos de atención seguros, satisfacción del usuario externo, mejora que está aún en estudio por la demora en el tema de organización interna de la U.E. 408 HOSPITAL DE ESPINAR.



CONCLUSION:

Deficiente implementación de PROYECTOS Y PLANES DE MEJORA, por los diferentes servicios de la U.E. 408 HOSPITAL DE ESPINAR.

RECOMENDACION:

La responsable de la unidad de calidad elaborara el plan de capacitación dirigido a jefes de servicio y personal de salud para implementación de proyectos y planes de mejora de los diferentes servicios.

MEJORAMIENTO CONTINUO 2019- 2021 NO SE TIENE DATOS.

PROBLEMAS O NUDOS CRÍTICOS/ OPORTUNIDADES DE MEJORA:



- Deficiente implementación del CAP correspondiente a la UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD de la U.E 408 HOSPITAL DE ESPINAR.
- Personal nombrado indiferente al cambio y mejoras de la institución.
- Deficiente asignación e presupuesto para el cumplimiento de las actividades según normativas propias de la unidad.
- Limitado desarrollo de la planificación, fundamentalmente de largo y mediano plazo, para la implementación del sistema de Gestión de la Calidad.
- Deficiente aun el avance de la organización para la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en nuestro Hospital de Espinar.
- Limitado desarrollo e implementación de la gestión de la información para la Calidad de gestión y Provisión de Servicios de Salud.
- Deficiente desarrollo e implementación de la Garantía y Seguridad de la Gestión y Provisión de servicios de Salud.
- Escasa cultura de mejoramiento continuo, para la Gestión y Provisión de Servicios de Salud.
- Clima laboral deficiente.
- Indiferencia del personal en la mejora de la institución.
- Sobre carga laboral para la responsable de la UNIDAD DE CALIDAD.
- Deficiente gestión a nivel de dirección y jefaturas.
- Rotación, renuncia y cambio de responsabilidad constante de personal.



IV. OBJETIVOS

IV.1 OBJETIVO GENERAL

Promover la Mejora Continua de la Calidad de Atención en los servicios de salud de la U.E. 408 HOSPITAL DE ESPINAR.

IV.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Gestionar el personal integrante según CAP de la unidad de gestión de la calidad.



- Lograr la sensibilización e iniciativa propia personal de salud en el cumplimiento de las normativas no creando un clima laboral deficiente.
- Gestión para la asignación de presupuesto para la unidad de gestión de la calidad.
- Formular los Planes de largo, mediano y corto plazo, para la implementación del sistema de Gestión de la Calidad.
- Proponer e Implementar la mejora de las organizaciones estructurales y funcionales, para la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad.
- Desarrollar e Implementar la Gestión de la información, para la toma de decisiones en la Provisión de los Servicios de Salud.
- Implementar las herramientas, instrumentos y tecnologías en la Auditoria de la Calidad de Atención, Seguridad del Paciente, Acreditación de los Servicios de Salud.
- Implementar las herramientas, instrumentos y tecnologías en el mejoramiento continuo, a través de la identificación de oportunidades de mejora, alternativas de solución, implementación, evaluación e institucionalización de los programas, planes y acciones en la gestión y provisión de Servicios de Salud.
- Garantizar el acceso y la atención integral especializada de salud de la población de alto riesgo, con servicios de calidad, bajo criterios de equidad.
- Modernizar y reestructurar los procesos administrativos y asistenciales.
- Desarrollar una política sostenible de desarrollo de recursos humanos involucrados en acciones de salud hospitalaria.
- Lograr la implementación de macro-procesos, hospital con categoría II-1, de acuerdo a la "Norma Técnica de Categorización de Establecimientos del Sector Salud" del Ministerio de Salud.
- Implementar el Control de la Gestión Sanitaria, con énfasis en la MONITORIZACION INTEGRAL y Evaluación, en gestión y Prestación de Servicios de Salud en nuestra institución.



ESTRATEGIAS

- Desarrollar el sustento técnico y normativo para la implementación de personal en el área de calidad.
- Desarrollar un informe de actividades que integran las actividades de la gestión de la calidad en los diferentes procesos de atención, en el 100% de servicios de la U.E 408 HOSPITAL DE ESPINAR.



"AÑO DEL FORTALECIMIENTO DE LA SOBERANÍA NACIONAL"

- Desarrollar el plan de capacitación anual en temas de riesgo según resultados obtenidos de las diferentes actividades realizadas como línea de base.
- Desarrollo de Políticas públicas, abogacía y alianzas con los actores públicos, privados y la sociedad civil, para promover e implementar la cultura de mejoramiento continuo.
- Desarrollo de capacidades, en organización, planificación, ejecución, monitoreo y evaluación, de los líderes que conducen a los diferentes comités y al personal trabajador de nuestra institución, con énfasis en las prioridades regionales en el marco de la Gestión Para el Logro de Resultados.
- Implementar planes de mejora en cada servicio, brindando un estímulo al mejor proyecto de mejora implementado en Contribuir la mejora de procesos de atención en todos los componentes de la unidad de GESTION DE LA CALIDAD.
- Fortalecer el componente de dirección que comprenda la gestión e implementación del sistema de gestión de la calidad.
- Fortalecer el componente de control institucional y social de la calidad de atención en salud.
- Incrementar la capacidad productiva y resolutoria de los servicios especializados de salud, acorde a las necesidades sanitarias de la población en todas las etapas de vida y de acuerdo a la categoría de establecimiento II -1.
- Mejorar la gestión administrativa para el suministro oportuno, eficiente y adecuado de medicamentos e insumos médico quirúrgicos destinados a la recuperación y conservación de salud de los pacientes, promoviendo el acceso universal a los medicamentos esenciales de calidad y bajo costo, componente de la atención integral de salud para la mejora continua.

VI. REFERENCIA BIBLIOGRAFICA.

- Reglamento de Organizaciones y Funciones- ROF de la U.E. 408 HOSPITAL DE ESPINAR.
- Cuadro para Asignación de Personal Provisional- CAP-P de la U.E. 408 HOSPITAL DE ESPINAR.
- Directiva Administrativa N°. 182 MINSA/DGSP-V.01 Directiva Administrativa de Monitoreo del Desempeño de la gestión de Establecimientos de Salud del I, II, y III Nivel de Atención. Resolución Ministerial N°. 572-2011/MINSA. Ministerio de Salud- Lima: *Ministerio de Salud*, 2011. 248.





- Documento Técnico: Sistema de Gestión de la Calidad en Salud. Resolución Ministerial N°. 519-2006/MINSA. Dirección General de Salud de las Personas. Dirección Ejecutiva de Calidad en Salud- Lima: *Ministerio de Salud*, 2007. 44.
- Documento Técnico: Política Nacional de Calidad en Salud. Resolución Ministerial N°. 727-2009/MINSA. Dirección General de Salud de las Personas. Dirección Ejecutiva de Calidad en Salud- Lima: *Ministerio de Salud*, 2009. 34.
- Guía Técnica para la Evaluación para Satisfacción del Usuario Externo en los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo. Resolución Ministerial N°. 527-2011/MINSA. Ministerio de Salud. *Ministerio de Salud*, 2011. 43.
- Documentos Técnicos: Plan para el Estudio del Clima organizacional 2008-2011 y Metodología para el Estudio del Clima organizacional. Resolución Ministerial N° 623-2018 MINSA. Comité Técnico de Clima Organizacional- Lima: Ministerio de Salud; 2008. 25.
- Norma Técnica de Auditoria de la Calidad de Atención en Salud. Resolución Ministerial N° 502-2016/MINSA. Dirección General de Salud de las Personas. Dirección Ejecutiva de Calidad en Salud- Lima: *Ministerio de Salud*, 2005. 72.
- Documento Técnica: Plan de Implementación de la Norma Técnica de Auditoria de la calidad de Atención en Salud 029-2016, Resolución Ministerial N° 502-2016/MINSA. Dirección General de Salud de las Personas. Dirección Ejecutiva de Calidad en Salud- Lima: *Ministerio de Salud*, 2007. 23.
- Directiva Administrativa N°. 123 MINSA/DGSP V.01 Directiva Administrativa para el Proceso de Auditoria de Caso de la Calidad de Atención en Salud. Resolución Ministerial N°. 889-2007/MINSA. Dirección General de Salud de las Personas. Dirección Ejecutiva de Calidad en Salud- Lima: *Ministerio de Salud*, 2007. 34.
- Guía técnica de Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía. Resolución Ministerial N° 1021-2010/MINSA. Dirección General de Salud de las Personas. Dirección Ejecutiva de Calidad en Salud- Lima: *Ministerio de Salud*, 2015. 27.
- Documento Técnica: Plan Nacional para la Seguridad del Paciente 2006-2008. Resolución Ministerial N° 676-2006/MINSA. Dirección General de Salud de las Personas. Dirección Ejecutiva de Calidad en Salud- Lima:
- NTS N°. 050- MINSA/DGSP- V.02 Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo. Resolución Ministerial N°. 456-2007/MINSA. Dirección





"AÑO DEL FORTALECIMIENTO DE LA SOBERANÍA NACIONAL"

General de Salud de las Personas. Dirección Ejecutiva de Calidad en Salud- Lima: *Ministerio de Salud*, 2007. 35.

- Guía técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y servicios Médicos de Apoyo. Resolución Ministerial N°. 270-2009/MINSA. Dirección General de Salud de las Personas. Dirección Ejecutiva de Calidad en Salud- Lima: *Ministerio de Salud*, 2009. 36.
- Directiva Administrativa N°. 151-MINSA/DGSP-V01 Directiva Administrativa que Regula la Organización y Funcionamiento de las Comisiones Sectoriales de Acreditación de Servicios de Salud. Resolución Ministerial N°. 370-2009/MINSA. Dirección General de Salud de las Personas. Dirección Ejecutiva de Calidad en Salud- Lima:
- Guía Técnica: Guía para la Elaboración de Proyectos de mejora y la Aplicación de Técnicas y Herramientas para la gestión de la Calidad. Dirección General de Salud de las Personas. Resolución Ministerial N°. 095-2012/MINSA. Dirección Ejecutiva de Calidad en Salud- Lima: *Ministerio de Salud*, 2013. 64.
- Dirección de Calidad en Salud. Proyectos de Mejora de la calidad reconocidos en los Encuentros Nacionales de Experiencias en Mejoramiento Continuo de la calidad en Salud. Dirección General de Salud de las Personas. Dirección Ejecutiva de Calidad en Salud- Lima: *Ministerio de Salud*, 2015. 262.
- Documento Técnica: Estándares e Indicadores de Calidad en la Atención Materna y Perinatal en los Establecimientos que cumplen con Funciones Obstétricas y Neonatales. Resolución Ministerial N° 142-2007/MINSA. Dirección General de Salud de las Personas. Dirección de Calidad en Salud. Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva- Lima: *Ministerio de Salud*, 2007. 193.



GOBIERNO REGIONAL CUSCO
DIRECCIÓN REGIONAL DE PRODUCTOS UG
U.E. HOSPITAL DE ESPINAR
[Signature]
Luz Judith K. Cahuata Furr
C.E.P. 47884
JEFE DE LA UNIDAD DE CALIDAD



VII. ANEXOS ADJUNTOS

CUADRO DE NECESIDADES DE BIENES TRIMESTRAL
FASE : IDENTIFICACIÓN

Año 2023
 (Soles)

UNIDAD EJECUTORA : 408 UNIDAD EJECUTORA 408 HOSPITAL DE ESPINAR
 NRO. IDENTIFICACIÓN : 001547

CENTRO DE COSTO : 15470401 - AREA DE CALIDAD

| F.F. / Rubro | Meta | Act. Ope. | Tipo | Uso | Clasificador de Gasto | Item / Descripción | Unidad de Uso | Cantidades | | | | Valor Total | Contrapartida Valor | FFIR % | |
|---------------|------|-----------|------|-----|-----------------------|--|---------------|-------------|--------------|---------------|--------------|-------------|---------------------|--------|--------|
| | | | | | | | | I Trimestre | II Trimestre | III Trimestre | IV Trimestre | | | | Annual |
| 1-00 | | | | | | RECURSOS ORDINARIOS | | | | | | | | | |
| BIENES | | | | | | | | | | | | | | | |
| 0139 | | | | | | ATENCIÓN BASICA | | | | | | | | | |
| C0050 | | | | | | ACCIONES PROPIAS DE LA UNIDAD DE CALIDAD | | | | | | | | | |
| Actividad | | | | | | Consumo | | | | | | | | | |
| 2.1.2.1.2.4 | | | | | | GUARDERIAS PARA HIJOS DE TRABAJADORES | | | | | | | | | |
| 133000140079 | | | | | | AMBIENTADOR EN SPRAY X 360 mL | UNIDAD | 3.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| 133000410083 | | | | | | DESINFECTANTE PARA SUPERFICIES ALTAS X 750 mL | UNIDAD | 3.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| 135000050011 | | | | | | ESCOBA DE CERDA NEGRA X 30 cm | UNIDAD | 1.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| 135000210076 | | | | | | PAÑO ABSORBENTE DE 38 cm X 38 cm | UNIDAD | 6.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| 135000370007 | | | | | | TOALLA DE FELPA DE 90 cm X 75 cm | UNIDAD | 6.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| 2.3.1.1.1 | | | | | | ALIMENTOS Y BEBIDAS PARA CONSUMO HUMANO | | | | | | | | | |
| 091100070041 | | | | | | AGUA DE MESA SIN GAS X 20 L | UNIDAD | 12.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| 096800010085 | | | | | | GALLETA DE AGUA X 500 g | UNIDAD | 200.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| 091100040013 | | | | | | JUGO DE FRUTAS X 300 mL | UNIDAD | 200.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| 2.3.1.5.1.2 | | | | | | PAPELERIA EN GENERAL, UTILES Y MATERIALES DE OFICINA | | | | | | | | | |
| 718500010001 | | | | | | ALFILER CON CABEZA DE COLORES | UNIDAD | 100.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| 710600010070 | | | | | | ARCHIVADOR DE CARTON CON PALANCA LOMO ANCHO TAMANO A4 | UNIDAD | 12.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| 716000010022 | | | | | | BOLIGRAFO (LAPICERO) DE TINTA LIQUIDA PUNTA FINA COLOR AZUL | UNIDAD | 12.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| 716000010001 | | | | | | BOLIGRAFO (LAPICERO) DE TINTA LIQUIDA PUNTA FINA COLOR NEGRO | UNIDAD | 12.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| 716000010002 | | | | | | BOLIGRAFO (LAPICERO) DE TINTA LIQUIDA PUNTA FINA COLOR ROJO | UNIDAD | 24.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| 716000010210 | | | | | | BOLIGRAFO (LAPICERO) DE TINTA SECA PUNTA FINA COLOR AZUL | UNIDAD | 24.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| 716000010214 | | | | | | BOLIGRAFO (LAPICERO) DE TINTA SECA PUNTA MEDIA COLOR ROJO | UNIDAD | 24.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| 716000010193 | | | | | | BOLIGRAFO (LAPICERO) TINTA GEL PUNTA FINA COLOR AZUL | UNIDAD | 12.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| 716000010192 | | | | | | BOLIGRAFO (LAPICERO) TINTA GEL PUNTA FINA COLOR NEGRO | UNIDAD | 12.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| 711100010012 | | | | | | BORRADOR PARA LAPIZ RECTANGULAR TAMANO GRANDE | UNIDAD | 24.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| 7173000110002 | | | | | | CARTULINA SIMPLE 150 g DE 50 cm X 65 cm | UNIDAD | 12.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| 710300010005 | | | | | | CINTA ADHESIVA TRANSPARENTE 1/2 in X 36 yd | UNIDAD | 12.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| 710300160002 | | | | | | CINTA DE PAPEL PARA ENMASCARAR - MASKING TAPE 3/4 in X 55 yd | UNIDAD | 12.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 |



CUADRO DE NECESIDADES DE BIENES TRIMESTRAL FASE : IDENTIFICACIÓN

Año 2023
(Soles)

UNIDAD EJECUTORA : 408 UNIDAD EJECUTORA 408 HOSPITAL DE ESPINAR
NRO. IDENTIFICACIÓN : 001547

CENTRO DE COSTO : 15470401 - AREA DE CALIDAD

| FF / Rubro | Meia Act. Ope | Tipo | Uso | Clasificador de Gasto | Item / Descripción | Unidad de Uso | Cantidades | | | | Precio Unitario | Valor Total | Contrapartida Valor | FF/R % |
|---------------|---------------|------|---|-----------------------|--------------------|---------------|-------------|--------------|---------------|--------------|-----------------|-------------|---------------------|--------|
| | | | | | | | I Trimestre | II Trimestre | III Trimestre | IV Trimestre | Anual | | | |
| 1-00 | | | RECURSOS ORDINARIOS | | | | | | | | | | | |
| BIENES | | | | | | | | | | | | | | |
| 0139 | | | ATENCIÓN BASICA | | | | | | | | | | | |
| C0050 | | | ACCIONES PROPIAS DE LA UNIDAD DE CALIDAD | | | | | | | | | | | |
| Actividad | | | Consumo | | | | | | | | | | | |
| 2.3.1.5.1.2 | | | PAPELERIA EN GENERAL, UTILES Y MATERIALES DE OFICINA | | | | | | | | | | | |
| 7185000500005 | | | CLIP MARIPOSA DE METAL N° 2 X 30 | | | UNIDAD | 100.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 100.00 | 2.140000 | 214.00 | 0.00 |
| 7111000300008 | | | CORRECTOR LIQUIDO TIPO LAPICERO | | | DOCENA | 12.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 12.00 | 1.300000 | 15.60 | 0.00 |
| 7172000300021 | | | CUADERNO E SPIRAL CUADRICULADO TAMAÑO CARTA X 100 HOJAS | | | UNIDAD | 12.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 12.00 | 6.000000 | 72.00 | 0.00 |
| 7150003300007 | | | CUCHILLA PARA CORTAR PAPEL TAMAÑO GRANDE | | | UNIDAD | 12.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 12.00 | 2.324000 | 27.90 | 0.00 |
| 7150001100062 | | | ENGRAPADOR DE METAL GRANDE DE OFICINA (100 HOJAS) | | | UNIDAD | 1.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 1.00 | 71.300000 | 71.30 | 0.00 |
| 7150001100330 | | | ENGRAPADOR DE METAL TIPO ALICATE | | | UNIDAD | 2.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 2.00 | 25.000000 | 50.00 | 0.00 |
| 7150001100648 | | | ENGRAPADOR DE METAL TIPO ALICATE PARA CHAPA 26X6 | | | UNIDAD | 1.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 1.00 | 42.710000 | 42.72 | 0.00 |
| 7160000300338 | | | FECHADOR DE CAUCHO DE 5 mm | | | UNIDAD | 2.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 2.00 | 3.091500 | 6.18 | 0.00 |
| 7106000501159 | | | FOLIO DE PLASTICO TAMAÑO OFICIO | | | UNIDAD | 24.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 24.00 | 1.000000 | 24.00 | 0.00 |
| 7106000502024 | | | FOLDER MANILA TAMAÑO A4 | | | UNIDAD | 5.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 5.00 | 1.000000 | 5.00 | 0.00 |
| 4751000402421 | | | FOLDER MANILA TAMAÑO OFICIO PARA HISTORIA CLINICA | | | UNIDAD | 200.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 200.00 | 1.000000 | 200.00 | 0.00 |
| 7103000600069 | | | GOMA LIQUIDA X 250 ml | | | UNIDAD | 12.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 12.00 | 3.716000 | 45.31 | 0.00 |
| 7103000600068 | | | GOMA LIQUIDA X 500 ml | | | UNIDAD | 12.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 12.00 | 4.000000 | 48.00 | 0.00 |
| 7185000800012 | | | GRAPA 23/13 X 1000 | | | UNIDAD | 12.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 12.00 | 3.669000 | 44.04 | 0.00 |
| 7150002300059 | | | JUEGO DE TIJERAS DE METAL PARA SASTRE X 3 PIEZAS | | | UNIDAD | 2.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 2.00 | 100.000000 | 200.00 | 0.00 |
| 7160000400018 | | | LAPIZ DE COLOR TAMAÑO GRANDE (JUEGO X 24 COLORES) | | | UNIDAD | 2.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 2.00 | 14.000000 | 28.00 | 0.00 |
| 7160000400047 | | | LAPIZ NEGRO GRADO 2B | | | UNIDAD | 24.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 24.00 | 0.271400 | 6.51 | 0.00 |
| 7172001400002 | | | LIBRO DE ACTAS DE 100 FOLIOS | | | UNIDAD | 12.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 12.00 | 6.000000 | 72.00 | 0.00 |
| 7172001400003 | | | LIBRO DE ACTAS DE 200 FOLIOS | | | UNIDAD | 1.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 1.00 | 1.000000 | 1.00 | 0.00 |
| 7675005900005 | | | MEMORIA PORTATIL USB DE 16 GB | | | UNIDAD | 12.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 12.00 | 20.000000 | 240.00 | 0.00 |
| 7160000500009 | | | NUMERADOR AUTOMATICO DE METAL DE 8 DIGITOS | | | UNIDAD | 1.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 1.00 | 64.101967 | 64.10 | 0.00 |
| 7172000502012 | | | PAPEL BOND 75 g TAMAÑO A4 | | | MILLAR | 10.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 10.00 | 14.000000 | 140.00 | 0.00 |
| 7172000600005 | | | PAPEL KRAFT 50 g DE 75 cm X 1.20 m | | | UNIDAD | 24.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 24.00 | 0.162346 | 3.89 | 0.00 |
| 7172001700022 | | | PAPEL LUSTRE DE 65 cm X 50 cm | | | UNIDAD | 24.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 24.00 | 0.430000 | 9.60 | 0.00 |
| 7172002600010 | | | PAPELOGRAF O 60 g DE 90 cm X 70 cm | | | UNIDAD | 24.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 24.00 | 0.160000 | 4.00 | 0.00 |
| 7150001200003 | | | PERFORADOR DE 2 ESPIGAS PARA 50 HOJAS | | | UNIDAD | 2.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 2.00 | 75.000000 | 150.00 | 0.00 |
| 7160000600374 | | | PLUMON DE TINTA INDELEBLE PUNTA FINA | | | UNIDAD | 24.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 24.00 | 2.800000 | 67.20 | 0.00 |
| 7160000600421 | | | PLUMON PARA PIZARRA ACRILICA PUNTA GRUESA COLOR AZUL | | | UNIDAD | 24.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 24.00 | 1.121967 | 26.92 | 0.00 |

CUADRO DE NECESIDADES DE BIENES TRIMESTRAL
FASE : IDENTIFICACIÓN

Año 2023
(Soles)

UNIDAD EJECUTORA : 408 UNIDAD EJECUTORA 408 HOSPITAL DE ESPINAR
NRO. IDENTIFICACIÓN : 001547

CENTRO DE COSTO : 15470401 - AREA DE CALIDAD

FF. / Meta Act. Ope Tipo Uso Item / Descripción Unidad de Uso

1-00 RECURSOS ORDINARIOS

BIENES

0139 ATENCION BASICA

C0050 : ACCIONES PROPIAS DE LA UNIDAD DE CALIDAD

Actividad Consumo

2.3.1.5.1.2 PAPELERIA EN GENERAL, UTILES Y MATERIALES DE OFICINA

| Actividad | Consumo | Unidad | I Trimestre | II Trimestre | III Trimestre | IV Trimestre | Anual | Precio Unitario | Valor Total | Contrapartida Valor | FFIR % |
|--------------|---------|---------|-------------|--------------|---------------|--------------|-------|-----------------|-------------|---------------------|--------|
| 716000060389 | 24.00 | UNIDAD | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 24.00 | 1.663889 | 39.93 | 0.00 | 0 |
| 716000060385 | 24.00 | UNIDAD | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 24.00 | 1.864400 | 44.75 | 0.00 | 0 |
| 767400070048 | 2.00 | UNIDAD | 1.00 | 1.00 | 0.00 | 0.00 | 2.00 | 132.000000 | 264.00 | 0.00 | 0 |
| 715000150004 | 2.00 | UNIDAD | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 2.00 | 2.500000 | 5.00 | 0.00 | 0 |
| 715000140013 | 2.00 | UNIDAD | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 2.00 | 3.666200 | 7.33 | 0.00 | 0 |
| 716000070002 | 2.00 | UNIDAD | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 2.00 | 0.961200 | 1.92 | 0.00 | 0 |
| 317500100272 | 12.00 | UNIDAD | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 12.00 | 10.000000 | 120.00 | 0.00 | 0 |
| 715000190001 | 24.00 | UNIDAD | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 24.00 | 0.510231 | 12.24 | 0.00 | 0 |
| 715000200006 | 12.00 | UNIDAD | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 12.00 | 1.080600 | 12.97 | 0.00 | 0 |
| 715000100199 | 2.00 | EMPAQUE | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 2.00 | 7.445800 | 14.89 | 0.00 | 0 |
| 715000100014 | 11.00 | UNIDAD | 10.00 | 1.00 | 0.00 | 0.00 | 11.00 | 4.500000 | 49.50 | 0.00 | 0 |
| 715000210027 | 24.00 | UNIDAD | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 24.00 | 5.900000 | 141.60 | 0.00 | 0 |
| 716000090043 | 3.00 | UNIDAD | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 3.00 | 2.217500 | 6.65 | 0.00 | 0 |
| 715000230041 | 2.00 | UNIDAD | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 2.00 | 3.115200 | 6.23 | 0.00 | 0 |

2.3.1.5.3 LIMPIEZA Y TOCADOR

| Actividad | Consumo | Unidad | I Trimestre | II Trimestre | III Trimestre | IV Trimestre | Anual | Precio Unitario | Valor Total | Contrapartida Valor | FFIR % |
|--------------|---------|--------|-------------|--------------|---------------|--------------|-------|-----------------|-------------|---------------------|--------|
| 139200500005 | 12.00 | UNIDAD | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 12.00 | 6.000000 | 72.00 | 0.00 | 0 |
| 139200160027 | 12.00 | UNIDAD | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 12.00 | 5.800000 | 69.60 | 0.00 | 0 |

2.3.1.8.2 MATERIAL, INSUMOS, INSTRUMENTAL Y ACCESORIOS MEDICOS, QUIRURGICOS, ODONTOLOGICOS Y DE LABORATORIO

| Actividad | Consumo | Unidad | I Trimestre | II Trimestre | III Trimestre | IV Trimestre | Anual | Precio Unitario | Valor Total | Contrapartida Valor | FFIR % |
|--------------|---------|--------|-------------|--------------|---------------|--------------|---------|-----------------|-------------|---------------------|--------|
| 495500010768 | 100.00 | PAR | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 100.00 | 0.600000 | 60.00 | 0.00 | 0 |
| 495500010472 | 100.00 | UNIDAD | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 100.00 | 0.250000 | 25.00 | 0.00 | 0 |
| 495500011377 | 1500.00 | UNIDAD | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 1500.00 | 1.000000 | 1500.00 | 0.00 | 0 |

2.3.1.9.1 LIBROS, TEXTOS Y OTROS MATERIALES IMPRESOS

| Actividad | Consumo | Unidad | I Trimestre | II Trimestre | III Trimestre | IV Trimestre | Anual | Precio Unitario | Valor Total | Contrapartida Valor | FFIR % |
|--------------|----------|--------|-------------|--------------|---------------|--------------|----------|-----------------|-------------|---------------------|--------|
| 470300050149 | 5.000.00 | UNIDAD | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 5.000.00 | 4.000000 | 20.000.00 | 0.00 | 0 |
| 475100014852 | 50.00 | UNIDAD | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 50.00 | 2.000000 | 100.00 | 0.00 | 0 |



CUADRO DE NECESIDADES DE BIENES TRIMESTRAL
FASE : IDENTIFICACIÓN

Año 2023
 (Soles)

UNIDAD EJECUTORA : 408 UNIDAD EJECUTORA 408 HOSPITAL DE ESPINAR
 NRO. IDENTIFICACIÓN : 001547

CENTRO DE COSTO : 15470401 - AREA DE CALIDAD

| F.F. / Meta Act. Ope Rubro | Tipo | Usos | Item / Descripción | Clasificador de Gasto | Unidad de Uso | Cantidades | | | | Precio Unitario | Valor Total | Contrapartida Valor | FFIR % | |
|--|------|------|---------------------|-----------------------|---------------|-------------|--------------|---------------|--------------|-----------------|------------------|---------------------|--------|-------|
| | | | | | | I Trimestre | II Trimestre | III Trimestre | IV Trimestre | | | | | Anual |
| 1-00 BIENES | | | RECURSOS ORDINARIOS | | | | | | | | | | | |
| 0139 ATENCION BASICA | | | | | | | | | | | | | | |
| C0050 : ACCIONES PROPIAS DE LA UNIDAD DE CALIDAD | | | | | | | | | | | | | | |
| Actividad | | | Consumo | | | | | | | | | | | |
| 2.6.3 2.3 EQUIPOS DE TELECOMUNICACIONES | | | | | | | | | | | | | | |
| 95283250001 | | | TELEFONO CELULAR | | UNIDAD | 1.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 1.00 | 200.000000 | 200.00 | 0.00 | 0.00 |
| Total | | | | | | | | | | | 45,083.27 | | | |

[Firma manuscrita]
JEFE DE LA DEPENDENCIA



| Componente | N° ACT | Código ACT | Criterios/Actividad | U.M. Ac. | Fecha/Comentarios | Definición Operacional-Ao | Actividad EPP-SMAP Ao | Méto Ac. | Avance e.A.N. | Tarea | U.M. Ts | Factor conversión variable | Colaboración Operacional-Ts | Méto-Ts Hospital | Avance-Ts Hospital |
|---------------|--------|------------|---|--------------------|-------------------|---|---------------------------|----------|---------------|---|------------------|----------------------------|-----------------------------|------------------|--------------------|
| Planificación | 1 | 01EPSC | Elaboración del Plan de Gestión de la Ciudad en Salud (Plan Tático por Direcc. GERESA, DIREJ. SANIDADES Y ESSALUD). | Plan aprobado o RD | 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 Ciudad en Salud (SGCS). Criterio de Programación: - Oportunidad, plan aprobado antes del 28 de febrero de cada año. - Cobertura, un plan de la organización por año y que comprenda los planes específicos de los procesos del SGCS. - Integrabilidad, 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 35. | PLANAMEN TO Y PRESUPUESTO | 10 | 80% | Plan Tático de la Dirección Local Area, Ejecutor de la Ciudad | Plan aprobado RD | 1 | | 1 | |
| Planificación | 1 | 01EPSC | Elaboración del Plan de Gestión de la Ciudad en Salud (Plan Tático por DIREJ. GERESA, DIREJ. SANIDADES Y ESSALUD). | Plan aprobado o RD | 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 Ciudad en Salud (SGCS). Criterio de Programación: - Oportunidad, plan aprobado antes del 28 de febrero de cada año. - Cobertura, un plan de la organización por año y que comprenda los planes específicos de los procesos del SGCS. - Integrabilidad, 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. | PLANAMEN TO Y PRESUPUESTO | 10 | 90% | Plan de Autorización de la Ciudad | Plan aprobado RD | 1 | | 1 | |
| Planificación | 1 | 01EPSC | Elaboración del Plan de Gestión de la Ciudad en Salud (Plan Tático por DIREJ. GERESA, DIREJ. SANIDADES Y ESSALUD). | Plan aprobado o RD | 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 Ciudad 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. - Integrabilidad, 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. | PLANAMEN TO Y PRESUPUESTO | 10 | 90% | Plan de Seguridad del Paciente | Plan aprobado RD | 1 | | 1 | |
| Planificación | 1 | 01EPSC | Elaboración del Plan de Gestión de la Ciudad en Salud (Plan Tático por DIREJ. GERESA, DIREJ. SANIDADES Y ESSALUD). | Plan aprobado o RD | 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 Ciudad en Salud (SGCS). Criterio de Programación: - Oportunidad, plan aprobado antes del 28 de febrero de cada año. - Cobertura, un plan de la organización por año y que comprenda los planes específicos de los procesos del SGCS. - Integrabilidad, 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. | PLANAMEN TO Y PRESUPUESTO | 10 | 90% | Plan de Auditoría de la Ciudad | Plan aprobado RD | 1 | | 1 | |
| Planificación | 1 | 01EPSC | Elaboración del Plan de Gestión de la Ciudad en Salud (Plan Tático por DIREJ. GERESA, DIREJ. SANIDADES Y ESSALUD). | Plan aprobado o RD | 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 Ciudad 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. - Integrabilidad, 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. | PLANAMEN TO Y PRESUPUESTO | 10 | 90% | Plan de Información para la Ciudad | Plan aprobado RD | 1 | | 1 | |
| Planificación | 1 | 01EPSC | Elaboración del Plan de Gestión de la Ciudad en Salud (Plan Tático por DIREJ. GERESA, DIREJ. SANIDADES Y ESSALUD). | Plan aprobado o RD | 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 Ciudad 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. - Integrabilidad, 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. | PLANAMEN TO Y PRESUPUESTO | 10 | 90% | Plan de Supervisión Integral | Plan aprobado RD | 1 | | 1 | |
| Planificación | 1 | 01EPSC | Elaboración del Plan de Gestión de la Ciudad en Salud (Plan Tático por DIREJ. GERESA, DIREJ. SANIDADES Y ESSALUD). | Plan aprobado o RD | 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 Ciudad en Salud (SGCS). Criterio de Programación: - Oportunidad, plan aprobado antes del 28 de febrero de cada año. - Cobertura, un plan de la organización por año y que comprenda los planes específicos de los procesos del SGCS. - Integrabilidad, 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. | PLANAMEN TO Y PRESUPUESTO | 10 | 90% | Plan de Supervisión Integral | Plan aprobado RD | 1 | | 1 | |





| | | | | | | | | | | | |
|---|--------|---|--------------------|----|----|------|---|--|---|----|----|
| 1 | 01EPOC | Elaboración del Plan de Gestión de la Salud por Diresa/GERESA/DIRIS/SANIDADES Y ESSALUD. | Plan aprobado o RD | 1 | 10 | 90% | Plan de implementación de Personal de Salud en el caso de la Ciudad | Documento mediante el cual se establecen los antecedentes/ análisis, objetivos, estrategias, actividades, tareas, bienes y servicios, presupuesto, cronograma e indicadores relacionados a los frentes de acción del Sistema de Gestión de la Salud (SGCS). Criterio de Programación: - Oportunidad, plan aprobado antes del 07 de febrero de cada año. - Cobertura, un plan de la organización por año que comprenda los planes específicos de los procesos del SGCS. - Integración, debe comprender toda la estructura del plan de SGCS y los respectivos planes específicos del SGCS. - Programar un plan por cada SGCS. | 1 | MA | MA |
| 1 | 01EPOC | Elaboración del Plan de Gestión de la Salud por Diresa/GERESA/DIRIS/SANIDADES Y ESSALUD. | Plan aprobado o RD | 1 | 10 | 90% | Plan de implementación de Personal de Salud en el caso de la Ciudad | Documento mediante el cual se establecen los antecedentes/ análisis, objetivos, estrategias, actividades, tareas, bienes y servicios, presupuesto, cronograma e indicadores relacionados a los frentes de acción del Sistema de Gestión de la Salud (SGCS). Criterio de Programación: - Oportunidad, plan aprobado antes del 07 de febrero de cada año. - Cobertura, un plan de la organización por año que comprenda los planes específicos de los procesos del SGCS. - Integración, debe comprender toda la estructura del plan de SGCS y los respectivos planes específicos del SGCS. - Programar un plan por cada SGCS. | 1 | MA | MA |
| 1 | 01EPOC | Elaboración del Plan de Gestión de la Salud por Diresa/GERESA/DIRIS/SANIDADES Y ESSALUD. | Plan aprobado o RD | 1 | 10 | 90% | Plan de implementación de Personal de Salud en el caso de la Ciudad | Documento mediante el cual se establecen los antecedentes/ análisis, objetivos, estrategias, actividades, tareas, bienes y servicios, presupuesto, cronograma e indicadores relacionados a los frentes de acción del Sistema de Gestión de la Salud (SGCS). Criterio de Programación: - Oportunidad, plan aprobado antes del 07 de febrero de cada año. - Cobertura, un plan de la organización por año que comprenda los planes específicos de los procesos del SGCS. - Integración, debe comprender toda la estructura del plan de SGCS y los respectivos planes específicos del SGCS. - Programar un plan por cada SGCS. | 1 | MA | MA |
| 2 | 02EAPG | Evaluación del avance del Plan de Gestión de la Salud por Diresa/GERESA/DIRIS/SANIDADES Y ESSALUD. | Informe | 2 | 2 | 100% | Informe | Documento mediante el cual se mide el cumplimiento de las programaciones de acciones al Plan de Gestión de la Salud (SGCS) y los planes específicos de la organización. Los resultados pueden ser parciales, virtuales o nulos. Criterio de Programación: - Oportunidad, informe de evaluación anual del SGCS antes del 28 de febrero de cada año, y la evaluación integral antes del 15 de agosto del presente año. - Cobertura, informe de evaluación anual del SGCS antes del 15 de agosto del presente año. - Integración, debe comprender toda la estructura del SGCS y los respectivos planes específicos. - Programar una evaluación anual y una semestral por cada GERESA, Red, Hospital, Microred y EESS (100%). | 2 | MA | MA |
| 3 | 03EAPG | Monitoreo del avance del Plan de Gestión de la Salud por Diresa/GERESA/DIRIS/SANIDADES Y ESSALUD. | Informe | 3 | 3 | 100% | Informe | Documento mediante el cual se mide el cumplimiento de las programaciones de acciones al Plan de Gestión de la Salud (SGCS) y los planes específicos de la organización. Los resultados pueden ser parciales, virtuales o nulos. Criterio de Programación: - Oportunidad, informe de monitoreo de los avances trimestrales del presente trimestre antes del 15 de agosto del presente año. - Cobertura, informe de monitoreo de los avances trimestrales del presente trimestre antes del 15 de agosto del presente año. - Integración, debe comprender toda la estructura del SGCS y los respectivos planes específicos. - Programar una evaluación anual y una semestral por cada GERESA, Red, Hospital, Microred y EESS (100%). | 3 | MA | MA |
| 4 | 04LVSC | Vigilancia de la implementación de la seguridad de la Cruz Roja en centros quirúrgicos de los establecimientos de atención que realizan intervenciones quirúrgicas. | Informe | 12 | 3 | 98% | Informe | Documento mediante el cual se mide el cumplimiento de las programaciones de acciones al Plan de Gestión de la Salud (SGCS) y los planes específicos de la organización. Los resultados pueden ser parciales, virtuales o nulos. Criterio de Programación: - Oportunidad, informe de monitoreo de la seguridad de la Cruz Roja en centros quirúrgicos de los establecimientos de atención que realizan intervenciones quirúrgicas antes del 15 de agosto del presente año. - Cobertura, informe de monitoreo de la seguridad de la Cruz Roja en centros quirúrgicos de los establecimientos de atención que realizan intervenciones quirúrgicas antes del 15 de agosto del presente año. - Integración, debe comprender toda la estructura del SGCS y los respectivos planes específicos. - Programar una evaluación anual y una semestral por cada GERESA, Red, Hospital, Microred y EESS (100%). | 1 | MA | MA |
| 4 | 04LVSC | Vigilancia de la implementación de la seguridad de la Cruz Roja en centros quirúrgicos de los establecimientos de atención que realizan intervenciones quirúrgicas. | Informe | 12 | 3 | 98% | Informe | Documento mediante el cual se mide el cumplimiento de las programaciones de acciones al Plan de Gestión de la Salud (SGCS) y los planes específicos de la organización. Los resultados pueden ser parciales, virtuales o nulos. Criterio de Programación: - Oportunidad, informe de monitoreo de la seguridad de la Cruz Roja en centros quirúrgicos de los establecimientos de atención que realizan intervenciones quirúrgicas antes del 15 de agosto del presente año. - Cobertura, informe de monitoreo de la seguridad de la Cruz Roja en centros quirúrgicos de los establecimientos de atención que realizan intervenciones quirúrgicas antes del 15 de agosto del presente año. - Integración, debe comprender toda la estructura del SGCS y los respectivos planes específicos. - Programar una evaluación anual y una semestral por cada GERESA, Red, Hospital, Microred y EESS (100%). | 1 | MA | MA |



| | | | | | | | | | | | | |
|-------------------|---|--------|---|----|---------|----|---|-----|----|---------------------------------|--|----|
| Garantía y Mejora | 4 | DLVSC | Vigilancia de la implementación de la seguridad de la cirugía en centros quirúrgicos de los establecimientos de salud del I y III nivel de atención, que realicen intervenciones quirúrgicas. | 17 | Informe | 12 | Análisis y seguimiento de los resultados de la seguridad de la cirugía | 90% | 29 | GESTION ADMINISTRATIVA | Proceso mediante el cual el Equipo conductor de la seguridad de la cirugía analiza y retroalimenta los resultados de la implementación de Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía. Criterio de Programación: - Oportunidad: Registro del cumplimiento de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía en los centros quirúrgicos de los establecimientos de salud del I y III nivel de atención que realicen intervenciones quirúrgicas. - Cobertura: Todos los establecimientos de salud del I y III nivel de atención con centros quirúrgicos, que realicen intervenciones quirúrgicas. - Integridad: debe comprender como actividad en el plan específico. Programar: - Programar la vigilancia de la implementación de la seguridad de la cirugía en el 100% de los establecimientos de salud del I y III nivel de atención que realicen intervenciones quirúrgicas. Criterio de Programación: - Oportunidad: Registro del cumplimiento de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía en los centros quirúrgicos de los establecimientos de salud del I y III nivel de atención que realicen intervenciones quirúrgicas. - Cobertura: Todos los establecimientos de salud del I y III nivel de atención con centros quirúrgicos, que realicen intervenciones quirúrgicas. - Integridad: debe comprender como actividad en el plan específico. Programar: - Programar la vigilancia de la implementación de la seguridad de la cirugía en el 100% de los establecimientos de salud del I y III nivel de atención que realicen intervenciones quirúrgicas. | 1 |
| Garantía y Mejora | 4 | DLVSC | Vigilancia de la implementación de la seguridad de la cirugía en centros quirúrgicos de los establecimientos de salud del I y III nivel de atención, que realicen intervenciones quirúrgicas. | 12 | Informe | 4 | Información de los resultados de la seguridad de la cirugía a la DG ACS - GERESA - Centro | 90% | 29 | GESTION ADMINISTRATIVA | Proceso mediante el cual la Oficina Unidad de Gestión de la Calidad de los Hospitales de I y III nivel de atención informa a la Dirección de Gestión y Calidad Sanitaria - GERESA. Criterio de Programación: - Oportunidad: Al día 10 del mes siguiente de haberse informado. - Cobertura: Informe de los 4 trimestres del año fiscal. - Integridad: debe comprender la totalidad de actividades programadas en el plan específico. Programar el 100% de los informes que documenten las acciones Unidades de Gestión de la Calidad de personal de los hospitales del I y III de atención, que realicen intervenciones quirúrgicas. | 1 |
| Garantía y Mejora | 5 | DSREAS | Vigilancia de la implementación del Registro, Notificación y Análisis de la ocurrencia de Eventos Adversos en Salud en los establecimientos de salud. | 12 | Informe | 12 | Reporte | 75% | 20 | GESTION ADMINISTRATIVA | Proceso mediante el cual se registra, notifica la ocurrencia de incidentes y/o eventos adversos en salud, en los servicios/departamentos de un establecimiento de salud del I y III nivel de atención. 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 atención. - Integridad: debe comprender como actividad en el plan específico. Programar: - Programar el registro y la notificación de la ocurrencia de incidentes y/o eventos adversos en salud en el 100% de los departamentos/servicios hospitalarios del I, II y III nivel de atención. | 1 |
| Garantía y Mejora | 5 | DSREAS | Vigilancia de la implementación del Registro, Notificación y Análisis de la ocurrencia de Eventos Adversos en Salud en los establecimientos de salud. | 12 | Informe | 4 | Análisis y retroalimentación de los resultados en Eventos Adversos en Salud en los establecimientos de salud del I, II y III nivel de atención. | 75% | 20 | GESTION ADMINISTRATIVA | 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 I, II y III nivel de atención. Criterio de Programación: - Oportunidad: Al 03 del mes siguiente de la ocurrencia. - Cobertura: La totalidad de servicios/departamentos hospitalarios del I, II y III nivel de atención. - Integridad: debe comprender la totalidad de actividades programadas en el plan específico. Programar el análisis y retroalimentación en el 100% de los servicios/departamentos hospitalarios del I, II y III nivel de atención. | 1 |
| Garantía y Mejora | 5 | DSREAS | Vigilancia de la implementación del Registro, Notificación y Análisis de la ocurrencia de Eventos Adversos en Salud en los establecimientos de salud. | 12 | Informe | 4 | Análisis de los resultados de la seguridad de la atención. | 75% | 20 | GESTION ADMINISTRATIVA | Proceso mediante el cual la Oficina Unidad de Gestión de la Calidad de los Hospitales de I y III nivel de atención informa a la Dirección de Gestión y Calidad Sanitaria - GERESA. Criterio de Programación: - Oportunidad: Al día 10 del mes siguiente de haberse informado. - Cobertura: Informe de los 4 trimestres del año fiscal. - Integridad: debe comprender la totalidad de actividades programadas en el plan específico. Programar el 100% de los informes que documenten las acciones Unidades de Gestión de la Calidad de personal de los hospitales del I y III nivel de atención. | 1 |
| Garantía y Mejora | 6 | DSREAS | Vigilancia de la implementación de la Auditoría de la Calidad de Atención en Salud en los establecimientos de salud. | 4 | Informe | 4 | Desarrollo de auditoría de la calidad de la atención de salud interno. | 80% | 1 | ACCIONES DE CONTROL Y AUDITORIA | Realizar la auditoría de cumplimiento de los procedimientos de atención y requerir el cumplimiento de los estándares de salud, de estándares y requisitos de calidad de los procesos de atención en salud a los usuarios de manera individual, y que lleve como finalidad fundamental la búsqueda de la mejora continua de los establecimientos de salud. Criterio de Programación: - Oportunidad: estricto cumplimiento de los tiempos establecidos en la Norma Técnica de Auditoría en salud vigente. - Cobertura: GERESA - Realiza Auditoría DIRIMENTE y Auditoría Externa. - Integridad: La GERESA realiza una Auditoría Diferencial Entera, cumpliendo los procesos y procedimientos de la auditoría de la calidad de atención de salud. Programar: - Registrar los resultados de las auditorías de cumplimiento de los procedimientos de atención y requerir el cumplimiento de los estándares de salud, de estándares y requisitos de calidad de los procesos de atención en salud a los usuarios de manera individual, y que lleve como finalidad fundamental la búsqueda de la mejora continua de los establecimientos de salud. Una auditoría externa, en sus diferentes modalidades, se desarrollará en todos los establecimientos de Salud (primer nivel de atención, nivel comarcal con comités a nivel de IM y Red, cuartas se breves) de humanos capacitados en atención). | NA |
| Garantía y Mejora | 6 | DSREAS | Vigilancia de la implementación de la Auditoría de la Calidad de Atención en Salud en los establecimientos de salud. | 4 | Informe | 4 | Desarrollo de auditoría de la calidad de la atención de salud interno. | 80% | 1 | ACCIONES DE CONTROL Y AUDITORIA | Realizar la auditoría de cumplimiento de los procedimientos de atención y requerir el cumplimiento de los estándares de salud, de estándares y requisitos de calidad de los procesos de atención en salud a los usuarios de manera individual, y que lleve como finalidad fundamental la búsqueda de la mejora continua de los establecimientos de salud. Criterio de Programación: - Oportunidad: estricto cumplimiento de los tiempos establecidos en la Norma Técnica de Auditoría en salud vigente. - Cobertura: GERESA - Realiza Auditoría DIRIMENTE y Auditoría Externa. - Integridad: La GERESA realiza una Auditoría Diferencial Entera, cumpliendo los procesos y procedimientos de la auditoría de la calidad de atención de salud. Programar: - Registrar los resultados de las auditorías de cumplimiento de los procedimientos de atención y requerir el cumplimiento de los estándares de salud, de estándares y requisitos de calidad de los procesos de atención en salud a los usuarios de manera individual, y que lleve como finalidad fundamental la búsqueda de la mejora continua de los establecimientos de salud. Una auditoría externa, en sus diferentes modalidades, se desarrollará en todos los establecimientos de Salud (primer nivel de atención, nivel comarcal con comités a nivel de IM y Red, cuartas se breves) de humanos capacitados en atención). | 1 |



| | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|-------------------|--------|----|---------|----|---|----|------|---|---------|----|---|----|---|---|
| 6 | Garantía y Mejora | 06AGCA | 4 | Informe | 4 | 1 | 8 | 100% | Desarrollo de gestión de calidad (Evaluación de Registro de Historia Clínica) | Informe | 4 | 1 | 4 | 1 | Proyecto de "gestión de calidad" en los establecimientos de salud, que incluye acciones de capacitación a los profesionales de salud, en términos de atención, efectividad, cobertura, calidad y calidad de la atención brindada. En este caso la calidad es entendida desde la perspectiva del conjunto de acciones de atención y no desde la atención individual. Se prioriza la evaluación de los Registros de Historia Clínica y se desarrolló por los establecimientos de salud de los tres niveles de atención. |
| 7 | Garantía y Mejora | 07PMCC | 2 | Informe | 2 | 4 | 4 | 100% | Desarrollo de acciones de mejora empleando las técnicas básicas y herramientas de calidad con el fin de mejorar los resultados de los procesos desarrollados en el establecimiento. | Informe | 2 | 1 | 2 | 1 | Proyecto de "gestión de calidad" en los establecimientos de salud, que incluye acciones de capacitación a los profesionales de salud, en términos de atención, efectividad, cobertura, calidad y calidad de la atención brindada. En este caso la calidad es entendida desde la perspectiva del conjunto de acciones de atención y no desde la atención individual. Se prioriza la evaluación de los Registros de Historia Clínica y se desarrolló por los establecimientos de salud de los tres niveles de atención. |
| 7 | Garantía y Mejora | 07PMCC | 2 | Informe | 2 | 4 | 4 | 100% | Desarrollo de acciones de mejora empleando las técnicas básicas y herramientas de calidad con el fin de mejorar los resultados de los procesos desarrollados en el establecimiento. | Informe | 2 | 1 | 2 | 1 | Proyecto de "gestión de calidad" en los establecimientos de salud, que incluye acciones de capacitación a los profesionales de salud, en términos de atención, efectividad, cobertura, calidad y calidad de la atención brindada. En este caso la calidad es entendida desde la perspectiva del conjunto de acciones de atención y no desde la atención individual. Se prioriza la evaluación de los Registros de Historia Clínica y se desarrolló por los establecimientos de salud de los tres niveles de atención. |
| 8 | Garantía y Mejora | 08DERE | 1 | Informe | 1 | 0 | 0 | 0% | Desarrollo del Encuentro Regional de Experiencias en Mejora Continua de la Calidad en Salud | Informe | 1 | 1 | 1 | 1 | Proyecto de "gestión de calidad" en los establecimientos de salud, que incluye acciones de capacitación a los profesionales de salud, en términos de atención, efectividad, cobertura, calidad y calidad de la atención brindada. En este caso la calidad es entendida desde la perspectiva del conjunto de acciones de atención y no desde la atención individual. Se prioriza la evaluación de los Registros de Historia Clínica y se desarrolló por los establecimientos de salud de los tres niveles de atención. |
| 9 | Garantía y Mejora | 09AHM | 12 | Informe | 12 | 6 | 53 | 66% | Gestión de la adherencia a la higiene de manos en los establecimientos de salud I, II y III nivel de atención | Informe | 1 | 1 | 1 | 1 | Proyecto de "gestión de calidad" en los establecimientos de salud, que incluye acciones de capacitación a los profesionales de salud, en términos de atención, efectividad, cobertura, calidad y calidad de la atención brindada. En este caso la calidad es entendida desde la perspectiva del conjunto de acciones de atención y no desde la atención individual. Se prioriza la evaluación de los Registros de Historia Clínica y se desarrolló por los establecimientos de salud de los tres niveles de atención. |
| 9 | Garantía y Mejora | 09AHM | 12 | Informe | 12 | 6 | 53 | 66% | Gestión de la adherencia a la higiene de manos en los establecimientos de salud I, II y III nivel de atención | Informe | 12 | 1 | 12 | 1 | Proyecto de "gestión de calidad" en los establecimientos de salud, que incluye acciones de capacitación a los profesionales de salud, en términos de atención, efectividad, cobertura, calidad y calidad de la atención brindada. En este caso la calidad es entendida desde la perspectiva del conjunto de acciones de atención y no desde la atención individual. Se prioriza la evaluación de los Registros de Historia Clínica y se desarrolló por los establecimientos de salud de los tres niveles de atención. |
| 9 | Garantía y Mejora | 09AHM | 12 | Informe | 12 | 6 | 53 | 66% | Gestión de la adherencia a la higiene de manos en los establecimientos de salud I, II y III nivel de atención | Informe | 12 | 1 | 12 | 1 | Proyecto de "gestión de calidad" en los establecimientos de salud, que incluye acciones de capacitación a los profesionales de salud, en términos de atención, efectividad, cobertura, calidad y calidad de la atención brindada. En este caso la calidad es entendida desde la perspectiva del conjunto de acciones de atención y no desde la atención individual. Se prioriza la evaluación de los Registros de Historia Clínica y se desarrolló por los establecimientos de salud de los tres niveles de atención. |



| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------------------------|----|--------|--|---------|---|--|-------------------|---|---|------|--|-----------|---|----|----|---|--|--|
| Garantía y Mejora | 11 | 110000 | Conducción regional de las acciones de la Comisión Regional Sectorial de Acreditación de los establecimientos de salud. | Informe | 1 | Adiudad de gestión que permite implementar las acciones de la Comisión Regional Sectorial de Acreditación de los establecimientos de salud, en concordancia a las normas vigentes. Criterios de Programación: - Oportunidad. Inicio el cumplimiento de las funciones de la CRISA antes del 30 de Abril 2022. - Cobertura. cumplir la totalidad de las funciones de la CRISA. - Integridad. Participación de la totalidad de los miembros titulares de la CRISA. - Programar un informe Anual de la CRISA. | CONTROL SANITARIO | 5 | 0 | 0% | Confirmación de la CRISA | Informe | 1 | MA | MA | Acción que permite la conformación de la Comisión Regional Sectorial de Acreditación, integradas por representantes de la autoridad sanitaria regional y representantes del sector público y privado. Criterios de Programación: - Oportunidad. Conformar el organismo antes del 31 de marzo. - Cobertura. Estar integrada por la totalidad de representantes que exige las normas vigentes. - Programar la Conformación y Reconformación anual por la GERESA a través de una Resolución Ejecutiva. (100%). | | |
| Garantía y Mejora | 11 | 110000 | Adiudad de gestión que permite implementar las acciones de la Comisión Regional Sectorial de Acreditación de los establecimientos de salud, en concordancia a las normas vigentes. Criterios de Programación: - Oportunidad. Inicio el cumplimiento de las funciones de la CRISA antes del 30 de Abril 2022. - Cobertura. cumplir la totalidad de las funciones de la CRISA. - Integridad. Participación de la totalidad de los miembros titulares de la CRISA. - Programar un informe Anual de la CRISA. | Informe | 1 | Adiudad de gestión que permite implementar las acciones de la Comisión Regional Sectorial de Acreditación de los establecimientos de salud, en concordancia a las normas vigentes. Criterios de Programación: - Oportunidad. Inicio el cumplimiento de las funciones de la CRISA antes del 30 de Abril 2022. - Cobertura. cumplir la totalidad de las funciones de la CRISA. - Integridad. Participación de la totalidad de los miembros titulares de la CRISA. - Programar un informe Anual de la CRISA. | CONTROL SANITARIO | 5 | 0 | 0% | Reunión ordinaria de la CRISA | Informe | 4 | MA | MA | Acción que permite la operatividad de la Comisión Regional Sectorial de Acreditación de los establecimientos de salud. Criterios de Programación: - Oportunidad. Informe de cada reunión ordinaria antes del septenio de cada reunión ordinaria. - Cobertura. La totalidad de las reuniones ordinarias programadas. - Programar 04 reuniones ordinarias por año. (100%). | | |
| Garantía y Mejora | 12 | 120000 | Conducción regional de la acreditación de los establecimientos de salud. | Informe | 1 | Acción de gestión que permite la implementación de las acciones de la Comisión Regional Sectorial de Acreditación de los establecimientos de salud, mediante la aplicación y verificación de los criterios por los establecimientos presentados, agrupados por macrozonas y clasificados en categorías de macrozonas (generales, preoperatorias y de Apoyo). Criterios de Programación: - Oportunidad. Informe de autoevaluación de la totalidad de EE-SS que cuentan con estándares para su nivel y categoría, antes del 31 de noviembre de cada año. - Cobertura. Evaluar la totalidad de los EE-SS de su jurisdicción. - Integridad. debe evaluarse la totalidad de los establecimientos que corresponden a su nivel y categoría. - Programar un informe de autoevaluación anual de la totalidad de EE-SS que cuentan con estándares para su nivel y categoría, antes del 31 de noviembre de cada año. - Cobertura. Evaluar la totalidad de los EE-SS de su jurisdicción. - Integridad. debe evaluarse la totalidad de los establecimientos que corresponden a su nivel y categoría. - Programar un informe de autoevaluación anual de la totalidad de EE-SS que cuentan con estándares para su nivel y categoría, antes del 31 de noviembre de cada año. Criterios de Programación: - Oportunidad. Informe de autoevaluación de la totalidad de EE-SS que cuentan con estándares para su nivel y categoría, antes del 31 de noviembre de cada año. - Cobertura. Evaluar la totalidad de los EE-SS de su jurisdicción. - Integridad. debe evaluarse la totalidad de los establecimientos que corresponden a su nivel y categoría. - Programar un informe de autoevaluación anual de la totalidad de EE-SS que cuentan con estándares para su nivel y categoría, antes del 31 de noviembre de cada año. | CONTROL SANITARIO | 2 | 4 | 200% | Confirmación de la totalidad de Acreditación de los establecimientos de salud. | Documento | 1 | 1 | 1 | 1 | Procedimiento que permite la identificación de los integrantes de los equipos de Acreditación y Autoevaluación. Criterios de Programación: - Oportunidad. La conformación de los equipos de acreditación y autoevaluación se realice antes del 31 de marzo del presente año fiscal. - Cobertura. Los integrantes deben responder a la totalidad de las macrozonas, según a ser evaluado. - Programar un equipo de Acreditación y Autoevaluación por Municipio y Hospital, por año. (100%). No aplica GERESA. | |
| Garantía y Mejora | 12 | 120000 | Conducción regional de la acreditación de los establecimientos de salud. | Informe | 1 | Acción de gestión que permite la implementación de las acciones de la Comisión Regional Sectorial de Acreditación de los establecimientos de salud, mediante la aplicación y verificación de los criterios por los establecimientos presentados, agrupados por macrozonas y clasificados en categorías de macrozonas (generales, preoperatorias y de Apoyo). Criterios de Programación: - Oportunidad. Informe de autoevaluación de la totalidad de EE-SS que cuentan con estándares para su nivel y categoría, antes del 31 de noviembre de cada año. - Cobertura. Evaluar la totalidad de los EE-SS de su jurisdicción. - Integridad. debe evaluarse la totalidad de los establecimientos que corresponden a su nivel y categoría. - Programar un informe de autoevaluación anual de la totalidad de EE-SS que cuentan con estándares para su nivel y categoría, antes del 31 de noviembre de cada año. Criterios de Programación: - Oportunidad. Informe de autoevaluación de la totalidad de EE-SS que cuentan con estándares para su nivel y categoría, antes del 31 de noviembre de cada año. - Cobertura. Evaluar la totalidad de los EE-SS de su jurisdicción. - Integridad. debe evaluarse la totalidad de los establecimientos que corresponden a su nivel y categoría. - Programar un informe de autoevaluación anual de la totalidad de EE-SS que cuentan con estándares para su nivel y categoría, antes del 31 de noviembre de cada año. | CONTROL SANITARIO | 2 | 4 | 200% | Informe del nivel de autoevaluación de | Informe | 1 | 1 | 1 | 1 | Procedimiento que permite la formalización del inicio del proceso de autoevaluación para la Acreditación. Criterios de Programación: - Oportunidad. La comunicación se realice a través de los canales de la autoevaluación. - Cobertura. Debe ser comunicada 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 Municipio y Hospital, por año. (100%). No aplica GERESA. | |
| Garantía y Mejora | 12 | 120000 | Conducción regional de la acreditación de los establecimientos de salud. | Informe | 1 | Acción de gestión que permite la implementación de las acciones de la Comisión Regional Sectorial de Acreditación de los establecimientos de salud, mediante la aplicación y verificación de los criterios por los establecimientos presentados, agrupados por macrozonas y clasificados en categorías de macrozonas (generales, preoperatorias y de Apoyo). Criterios de Programación: - Oportunidad. Informe de autoevaluación de la totalidad de EE-SS que cuentan con estándares para su nivel y categoría, antes del 31 de noviembre de cada año. - Cobertura. Evaluar la totalidad de los EE-SS de su jurisdicción. - Integridad. debe evaluarse la totalidad de los establecimientos que corresponden a su nivel y categoría. - Programar un informe de autoevaluación anual de la totalidad de EE-SS que cuentan con estándares para su nivel y categoría, antes del 31 de noviembre de cada año. Criterios de Programación: - Oportunidad. Informe de autoevaluación de la totalidad de EE-SS que cuentan con estándares para su nivel y categoría, antes del 31 de noviembre de cada año. - Cobertura. Evaluar la totalidad de los EE-SS de su jurisdicción. - Integridad. debe evaluarse la totalidad de los establecimientos que corresponden a su nivel y categoría. - Programar un informe de autoevaluación anual de la totalidad de EE-SS que cuentan con estándares para su nivel y categoría, antes del 31 de noviembre de cada año. | CONTROL SANITARIO | 2 | 4 | 200% | Regulación y apoyo de los niveles de atención de salud. | Informe | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | Procedimiento que permite el registro de los datos de "Acreditación de EE-SS y Salud-MINSA" de los resultados de la validación de estos datos de la totalidad de establecimientos que corresponden a EE-SS y su respectivo nivel de atención de salud a la Dirección Regional de Salud. Criterios de Programación: - Oportunidad. Registro de resultados y datos de la base de datos de los 5 días hábiles del proceso de la validación de información de EE-SS. - Cobertura. Debe registrarse los resultados y datos de la base de datos de la totalidad de EE-SS comprendidos en la Macrozona (Hospital). - Programar un sistema de registro y apoyo de base de datos por MIRECOT-Hospital. (100%). |
| Garantía y Mejora | 13 | 130000 | Conducción regional de la acreditación de los establecimientos de salud. | Informe | 1 | Acción de gestión que permite la implementación de las acciones de la Comisión Regional Sectorial de Acreditación de los establecimientos de salud, mediante la aplicación y verificación de los criterios por los establecimientos presentados, agrupados por macrozonas y clasificados en categorías de macrozonas (generales, preoperatorias y de Apoyo). Criterios de Programación: - Oportunidad. Informe de autoevaluación de la totalidad de EE-SS que cuentan con estándares para su nivel y categoría, antes del 31 de noviembre de cada año. - Cobertura. Evaluar la totalidad de los EE-SS de su jurisdicción. - Integridad. debe evaluarse la totalidad de los establecimientos que corresponden a su nivel y categoría. - Programar un informe de autoevaluación anual de la totalidad de EE-SS que cuentan con estándares para su nivel y categoría, antes del 31 de noviembre de cada año. | CONTROL SANITARIO | 2 | 4 | 200% | Envío del informe final de autoevaluación | Informe | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | Procedimiento que permite generar los resultados de la validación de la información de los establecimientos de salud en la base de datos de la totalidad de EE-SS y su respectivo nivel de atención de salud a la Dirección Regional de Salud. Criterios de Programación: - Oportunidad. Informe de resultados y datos de la base de datos de los 5 días hábiles del proceso de la validación de información de EE-SS. - Cobertura. Debe registrarse los resultados y datos de la base de datos de la totalidad de EE-SS comprendidos en la Macrozona (Hospital). - Programar un sistema de registro y apoyo de base de datos por MIRECOT-Hospital. (100%). |
| Informes de Gestión y Mejora | 13 | 130000 | Evaluación regional de la acreditación de los establecimientos de salud. | Informe | 1 | Acción de gestión que permite la implementación de las acciones de la Comisión Regional Sectorial de Acreditación de los establecimientos de salud, mediante la aplicación y verificación de los criterios por los establecimientos presentados, agrupados por macrozonas y clasificados en categorías de macrozonas (generales, preoperatorias y de Apoyo). Criterios de Programación: - Oportunidad. Informe de autoevaluación de la totalidad de EE-SS que cuentan con estándares para su nivel y categoría, antes del 31 de noviembre de cada año. - Cobertura. Evaluar la totalidad de los EE-SS de su jurisdicción. - Integridad. debe evaluarse la totalidad de los establecimientos que corresponden a su nivel y categoría. - Programar un informe de autoevaluación anual de la totalidad de EE-SS que cuentan con estándares para su nivel y categoría, antes del 31 de noviembre de cada año. | CONTROL SANITARIO | 2 | 4 | 200% | Conformación de los Equipos de Evaluación de la Salud | Informe | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | Procedimiento que permite la implementación de las acciones de la Comisión Regional Sectorial de Acreditación de los establecimientos de salud, mediante la aplicación y verificación de los criterios por los establecimientos presentados, agrupados por macrozonas y clasificados en categorías de macrozonas (generales, preoperatorias y de Apoyo). Criterios de Programación: - Oportunidad. Informe de autoevaluación de la totalidad de EE-SS que cuentan con estándares para su nivel y categoría, antes del 31 de noviembre de cada año. - Cobertura. Evaluar la totalidad de los EE-SS de su jurisdicción. - Integridad. debe evaluarse la totalidad de los establecimientos que corresponden a su nivel y categoría. - Programar un informe de autoevaluación anual de la totalidad de EE-SS que cuentan con estándares para su nivel y categoría, antes del 31 de noviembre de cada año. |



| | | | | | | | | | | | | |
|----|---------|--|---------|---|---------|---|-----|---|-------------------|---|--|---|
| 12 | 12MBUE | Evaluación regional de la satisfacción del usuario externo en los establecimientos de salud con categorías de I y II Nivel de Atención | Informe | 7 | Informe | 3 | 30% | 3 | CONTROL SANITARIO | Actividad de evaluación regional de la satisfacción del usuario externo en consultorios externos, hospitalización y emergencia en establecimientos de salud de I y II Nivel de Atención. Criterio de Programación: - Oportunidad: El informe final debe ser remitido a la GERESA antes de 31 de enero de cada año fiscal. - Cobertura: El informe Comprende a la totalidad de EE SSWR/ Hospitales de I y II Nivel de Atención. - Integralidad: debe comprender toda la estructura del modelo de informe de evaluación de satisfacción de usuarios considerando: 31 establecimientos por año. Programar un informe final por MIRE/CHospital. (100%) | Procedimiento que permite la recolección de datos al "registro SERVICIAL de Satisfacción de Usuario" de los consultorios externos, y el envío de la base de datos a la Dirección de Gestión y Calidad Sanitaria de la GERESA. Criterio de Programación: - Oportunidad: Registro de resultados y envío de la base de datos dentro de los 7 días hábiles del último día 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 MIRE/CHospital. (100%) | 1 |
| 13 | 13MBUE | Evaluación regional de la satisfacción del usuario externo en los establecimientos de salud con categorías de I y II Nivel de Atención | Informe | 7 | Informe | 3 | 30% | 3 | CONTROL SANITARIO | Actividad de evaluación regional de la satisfacción del usuario externo en consultorios externos, hospitalización y emergencia en establecimientos de salud de I y II Nivel de Atención. Criterio de Programación: - Oportunidad: El informe final debe ser remitido a la GERESA antes de 31 de enero de cada año fiscal. - Cobertura: El informe Comprende a la totalidad de EE SSWR/ Hospitales de I y II Nivel de Atención. - Integralidad: debe comprender toda la estructura del modelo de informe de evaluación de satisfacción de usuarios considerando: 31 establecimientos por año. Programar un informe final por MIRE/CHospital. (100%) | Procedimiento que permite generalizar los resultados de las aplicaciones de las encuestas de satisfacción de usuarios de cada EE SS/ Hospital por MIRE y PMAE. El informe debe comprender los siguientes contenidos: Resumen, Gráficos generales y específicos, antecedentes, análisis y resultados, conclusiones y recomendaciones (deberá ajustarse a las necesidades de mejoría). Anexar resultados del aplicativo SERVICIAL. Criterio de Programación: - Oportunidad: El informe final debe ser remitido a la GERESA antes del 31 de enero de cada año fiscal. - Cobertura: El informe Comprende a la totalidad de EE SSWR/ Hospitales administrados en consultorios externos, hospitalización y emergencia y hospitalización. Programar un informe final por MIRE/CHospital. (100%) | 1 |
| 14 | 14MBETE | Evaluación regional de Estudios de Tiempos de espera en EESS de I y II Nivel de Atención | Informe | 7 | Informe | 3 | 30% | 3 | CONTROL SANITARIO | Informe consolidado de estudios de tiempos de espera en establecimientos de salud de I y II Nivel de Atención. Criterio de Programación: - Oportunidad: El informe final debe ser remitido a la GERESA antes de 31 de enero de cada año fiscal. - Cobertura: El informe Comprende a la totalidad de Hospitales de I y II Nivel de Atención. - Integralidad: debe comprender toda la estructura de informe de estudios de tiempos de espera. Programar un informe final por Hospital. de I y II Nivel (100%) | Procedimiento que permite la recolección, el registro al "registro de Estudios de Tiempo de Espera de MESA" y el envío de la base de datos a la Dirección de Gestión y Calidad Sanitaria de la GERESA. Criterio de Programación: - Oportunidad: Registro de resultados y envío de la base de datos dentro de los 7 días hábiles del último día de la aplicación de la encuesta. - Cobertura: Debe registrarse los resultados y envío de la base de datos de la totalidad de Hospitales de atención. Programar envío de base de datos por Hospital. (100%) | 1 |
| 14 | 14MBETE | Evaluación regional de Estudios de Tiempos de espera en EESS de I y II Nivel de Atención | Informe | 7 | Informe | 3 | 30% | 3 | CONTROL SANITARIO | Informe consolidado de estudios de tiempos de espera en establecimientos de salud de I y II Nivel de Atención. Criterio de Programación: - Oportunidad: El informe final debe ser remitido a la GERESA antes de 31 de enero de cada año fiscal. - Cobertura: El informe Comprende a la totalidad de Hospitales de I y II Nivel de Atención. - Integralidad: debe comprender toda la estructura de informe de estudios de tiempos de espera. Programar un informe final por Hospital. de I y II Nivel (100%) | Procedimiento que permite generalizar los resultados de las aplicaciones de evaluación de tiempos de espera de los hospitales del ámbito. El informe debe comprender los siguientes contenidos: Resumen, Objetivos general y específicos, antecedentes, análisis y resultados, conclusiones y recomendaciones (deberá ajustarse a las necesidades de mejoría). Anexar resultados del aplicativo MESA. Criterio de Programación: - Oportunidad: El informe final debe ser remitido a la GERESA antes de 31 de diciembre de cada año fiscal. - Cobertura: El informe Comprende a la totalidad de Hospitales evaluados en consultorios externos, emergencia y hospitalización. Programar un informe final por Hospital. (100%) | 1 |
| 15 | 15MAU | Evaluación regional de implementación de programas de atención al usuario en base al Decreto Suplemento 002 2015-SA | Informe | 1 | Informe | 5 | 10% | 5 | CONTROL SANITARIO | Informe consolidado de programas de salud establecidos por usuarios en establecimientos de salud de I y II Nivel de Atención, a través de Miro de Atención en Salud y Plataforma de Atención al Usuario. Criterio de Programación: - Oportunidad: se envía cada trimestre al informe de estudios de salud establecidos y el informe anual debe ser remitido a la GERESA hasta el 31 de enero de cada año fiscal. - Cobertura: El informe Comprende a la totalidad de establecimientos de EE SS/Red Hospital administrados. - Integralidad: debe comprender toda la estructura del modelo de informe de implementación de salud. Programar un informe final por MIRE/CHospital. (100%) | Procedimiento que permite la actualización de los registros de los Comités de Registros de los datos, EESS nivel I y Hospitales. Criterio de Programación: - Oportunidad: la actualización de los registros del comité de evaluaciones se realiza antes del 28 de febrero de cada año, considerando como referencia el informe personal publicado por la PREGS (o informe de atención) por el personal de Atención al Usuario de la PREGS. - Cobertura: los comités de evaluaciones implementan a EESS de nivel I, áreas de salud y Hospitales. Programar un comité de evaluaciones por año (100%), los que deberán ser revisados mediante memorandos / resoluciones | 1 |
| 15 | 15MAU | Evaluación regional de implementación de programas de atención al usuario en base al Decreto Suplemento 002 2015-SA | Informe | 1 | Informe | 5 | 10% | 5 | CONTROL SANITARIO | Informe consolidado de programas de salud establecidos por usuarios en establecimientos de salud de I y II Nivel de Atención, a través de Miro de Atención en Salud y Plataforma de Atención al Usuario. Criterio de Programación: - Oportunidad: se envía cada trimestre al informe de estudios de salud establecidos y el informe anual debe ser remitido a la GERESA hasta el 31 de enero de cada año fiscal. - Cobertura: El informe Comprende a la totalidad de establecimientos de EE SSWR/ Hospitales administrados. - Integralidad: debe comprender toda la estructura del modelo de informe de implementación de salud. Programar un informe final por MIRE/CHospital. (100%) | Procedimiento que permite generalizar los resultados de las encuestas y registros de satisfacción por usuarios de salud. El informe debe comprender los siguientes contenidos: Resumen, Objetivos general y específicos, antecedentes, análisis, conclusiones y recomendaciones (deberá ajustarse a las necesidades de mejoría). Anexar resultados de Encuestas en Salud de EESS, I y II Nivel (Atención). Criterio de Programación: - Oportunidad: El informe se remite de manera trimestral de manera libre y voluntaria a la GERESA. El informe comprende a EESS de I y II Nivel de Atención. Programar 04 informes por RedHospital. (100%) | 1 |



| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----|-----------------------------|--------|--|---------|---|---|--|----|----|------|---|---------|----|---|---|--|
| 16 | Control de la gestión | 185AUB | Supervisión Integral de Salud | Informe | 1 | 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 promover la interacción de los recursos humanos y materiales dentro de la misma organización y de la organización inmediatamente superior a sus dependencias de manera presencial, virtual o mixta. | MONITOREO, SUPERVISIÓN, EVALUACIÓN Y CONTROL DEL PROGRAMA ARTICULADO NUTRICIONAL | 3 | 5 | 100% | Contenido de Informe de Supervisión Integral | Informe | 1 | Los integrantes del equipo cumplen 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 preventivo, área, unidad, dirección, sistema, organización de salud pública y/o área cargo de supervisor, que tenga experiencia superior a 24 horas activas en Ciudad Integral de Salud, Administración Gestión Generalista, Gerencia de los servicios de salud y/o salud pública y/o áreas administrativas de las entidades públicas, Especialidades en las respectivas carreras profesionales vinculadas a salud y gestión pública, otros que exige la organización | 1 | - Disponibilidad, la conformación de los equipos de supervisión integral, antes del 31 de marzo del presente año fiscal. |
| 16 | Control de la gestión | 185UBS | Supervisión Integral de Salud | Informe | 1 | 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 promover la interacción de los recursos humanos y materiales dentro de la misma organización y de la organización inmediatamente superior a sus dependencias de manera presencial, virtual o mixta. | MONITOREO, SUPERVISIÓN, EVALUACIÓN Y CONTROL DEL PROGRAMA ARTICULADO NUTRICIONAL | 5 | 5 | 100% | Registros y evidencia de la Base de Datos de Supervisión Integral, al momento de la emisión del Informe de Supervisión Integral | Informe | 2 | - Disponibilidad, la conformación de los equipos de supervisión integral, antes del 31 de marzo del presente año fiscal. | | |
| 14 | Control de la gestión | 185UBS | Supervisión Integral de Salud | Informe | 1 | 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 promover la interacción de los recursos humanos y materiales dentro de la misma organización y de la organización inmediatamente superior a sus dependencias de manera presencial, virtual o mixta. | MONITOREO, SUPERVISIÓN, EVALUACIÓN Y CONTROL DEL PROGRAMA ARTICULADO NUTRICIONAL | 5 | 5 | 100% | Evidencia del Informe Final de Supervisión Integral | Informe | 2 | - Disponibilidad, la conformación de los equipos de supervisión integral, antes del 31 de marzo del presente año fiscal. | | |
| 17 | Control de la gestión | 178UBC | Supervisión de los procesos de gestión de la Calidad Asistencial | Informe | 1 | 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 promover la interacción de los recursos humanos y materiales dentro de la misma organización y de la organización inmediatamente superior a sus dependencias de manera presencial, virtual o mixta. | MONITOREO, SUPERVISIÓN, EVALUACIÓN Y CONTROL DEL PROGRAMA ARTICULADO NUTRICIONAL | 4 | 4 | 100% | Conformación del Informe de Supervisión Integral | Informe | 1 | - Disponibilidad, 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. | | |
| 17 | Control de la gestión | 178UBC | Supervisión de los procesos de gestión de la Calidad Asistencial | Informe | 1 | 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 promover la interacción de los recursos humanos y materiales dentro de la misma organización y de la organización inmediatamente superior a sus dependencias de manera presencial, virtual o mixta. | MONITOREO, SUPERVISIÓN, EVALUACIÓN Y CONTROL DEL PROGRAMA ARTICULADO NUTRICIONAL | 4 | 4 | 100% | Registros y evidencia de la Base de Datos de Supervisión Integral | Informe | 2 | - Disponibilidad, 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. | | |
| 17 | Control de la gestión | 178UBC | Supervisión de los procesos de gestión de la Calidad Asistencial | Informe | 1 | 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 promover la interacción de los recursos humanos y materiales dentro de la misma organización y de la organización inmediatamente superior a sus dependencias de manera presencial, virtual o mixta. | MONITOREO, SUPERVISIÓN, EVALUACIÓN Y CONTROL DEL PROGRAMA ARTICULADO NUTRICIONAL | 4 | 4 | 100% | Envío del Informe Final de Supervisión de los Procesos | Informe | 1 | - Disponibilidad, 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. | | |
| 18 | Gestión de Recursos Humanos | 18ATC | Asesoría Técnica para la implementación de los Procesos del sistema de gestión de la Calidad | Informe | 1 | Proceso planificado para asesorar e interactuar mediante el cual se fortalecen competencias y destrezas de los Procesos del Sistema de Gestión de la Calidad de una unidad de organización que requiere de él, por parte de una unidad de organización con experiencia técnica y competencias funcionales para hacerlo. | GESTION ADMINISTRATIVA | 10 | 10 | 100% | Reunión Técnica para la implementación de los Procesos del sistema de gestión de la Calidad | Informe | 10 | - Disponibilidad, 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. | | |



| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----|-----------------------------|----|---|---|---------|----|---|---|---------|------|---|----|-----------------------------|---|---|---------|----|
| 15 | Gestión de Recursos Humanos | 19 | Programa de Desarrollo del Personal para la Implementación del Sistema de Gestión de la Calidad | 1 | Informe | 19 | Programa de Desarrollo del Personal para la Implementación del Sistema de Gestión de la Calidad | 1 | Informe | 100% | 0 | 39 | GESTION DE RECURSOS HUMANOS | Programa de Desarrollo. Tiene como objetivo Fortalecer las capacidades del personal de salud en la implementación del sistema de gestión de la calidad en salud, a través del desarrollo del programa de capacitación orientado al desarrollo de buenas prácticas en la gestión y provisión de servicios de salud. Producto: Personal con capacidades para la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en salud y de manera específica en Participación para la Calidad, organización para la Calidad, Garantía y Mejora, e Información para la Calidad. | 5 | Informe | MA |
| 19 | Gestión de Recursos Humanos | 19 | Programa de Desarrollo del Personal para la Implementación del Sistema de Gestión de la Calidad | 1 | Informe | 19 | Programa de Desarrollo del Personal para la Implementación del Sistema de Gestión de la Calidad | 1 | Informe | 100% | 0 | 39 | GESTION DE RECURSOS HUMANOS | Programa de Desarrollo. Tiene como objetivo Fortalecer las capacidades del personal de salud en la implementación del sistema de gestión de la calidad en salud, a través del desarrollo del programa de capacitación orientado al desarrollo de buenas prácticas en la gestión y provisión de servicios de salud. Producto: Personal con capacidades para la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en salud y de manera específica en Participación para la Calidad, organización para la Calidad, Garantía y Mejora, e Información para la Calidad. | 5 | Informe | MA |
| 19 | Gestión de Recursos Humanos | 19 | Programa de Desarrollo del Personal para la Implementación del Sistema de Gestión de la Calidad | 1 | Informe | 19 | Programa de Desarrollo del Personal para la Implementación del Sistema de Gestión de la Calidad | 1 | Informe | 100% | 0 | 39 | GESTION DE RECURSOS HUMANOS | Programa de Desarrollo. Tiene como objetivo Fortalecer las capacidades del personal de salud en la implementación del sistema de gestión de la calidad en salud, a través del desarrollo del programa de capacitación orientado al desarrollo de buenas prácticas en la gestión y provisión de servicios de salud. Producto: Personal con capacidades para la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en salud y de manera específica en Participación para la Calidad, organización para la Calidad, Garantía y Mejora, e Información para la Calidad. | 1 | Informe | MA |
| 19 | Gestión de Recursos Humanos | 19 | Programa de Desarrollo del Personal para la Implementación del Sistema de Gestión de la Calidad | 1 | Informe | 19 | Programa de Desarrollo del Personal para la Implementación del Sistema de Gestión de la Calidad | 1 | Informe | 100% | 0 | 39 | GESTION DE RECURSOS HUMANOS | Programa de Desarrollo. Tiene como objetivo Fortalecer las capacidades del personal de salud en la implementación del sistema de gestión de la calidad en salud, a través del desarrollo del programa de capacitación orientado al desarrollo de buenas prácticas en la gestión y provisión de servicios de salud. Producto: Personal con capacidades para la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en salud y de manera específica en Participación para la Calidad, organización para la Calidad, Garantía y Mejora, e Información para la Calidad. | 5 | Informe | MA |
| 19 | Gestión de Recursos Humanos | 19 | Programa de Desarrollo del Personal para la Implementación del Sistema de Gestión de la Calidad | 1 | Informe | 19 | Programa de Desarrollo del Personal para la Implementación del Sistema de Gestión de la Calidad | 1 | Informe | 100% | 0 | 39 | GESTION DE RECURSOS HUMANOS | Programa de Desarrollo. Tiene como objetivo Fortalecer las capacidades del personal de salud en la implementación del sistema de gestión de la calidad en salud, a través del desarrollo del programa de capacitación orientado al desarrollo de buenas prácticas en la gestión y provisión de servicios de salud. Producto: Personal con capacidades para la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en salud y de manera específica en Participación para la Calidad, organización para la Calidad, Garantía y Mejora, e Información para la Calidad. | 5 | Informe | MA |

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|----|--------|---|---------|----|---|--|----|----|------|---|---------|----|----|----|---|
| 19 | 28FADC | Programa de Desarrollo Personal para la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad | Informe | 1 | Programa de Desarrollo. Tiene como objetivo fortalecer las capacidades del personal de salud en la implementación del sistema de gestión de la calidad en salud, a través del desarrollo del programa de actividades orientado al desarrollo de buenas prácticas en la gestión y prestación de servicios de salud. Producto: Personal capacitado para la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en salud y de manera específica su aplicación para la Calidad orientado para la Calidad, Gestión y Mejora, e Información Para la Calidad | GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS | 30 | 0 | 100% | Curso de Mejora Continua | Informe | 5 | NA | NA | <p>Se tiene que seguir considerando en la mejora de competencias del equipo que participan (Equipo de Calidad, Equipo de Acreditación, Equipo de Autoevaluación) en el proceso de Acreditación de EESS y SINA.</p> <p>Objetivo: El participante será capaz de comprender, aplicar los conocimientos y normas de la Gestión y Mejora. Desarrollo de Programas, Proyectos, Planes de Mejoramiento Continuo, de la Dirección Regional de Salud Cusco.</p> <p>Módulo: Seronómico, Administrativo y Médico. Con participantes de 30-50 por órgano desconcentrado, las facultades son de la GERESA y otros establecimientos. Horas académicas igual o superior a 24 horas. Equivalente a 02.0 módulos.</p> <p>Certificación: Con una certificación vinculada de 18 a más, se emite "Credencial de Certificación", emitida por la GERESA y de manera complementaria una entidad formadora (Programa GERESA); 03 Ruedas, 02 Hospitales II y 02 Hospitales I. Las RIES CCE, Cusco Sur, La Convención; Hospital Regional, Antonio Lorena, Quillabamba y</p> |
| 20 | 28FADC | F formulación y Aprobación de Directivas Regionales de los componentes del Sistema de Gestión de la Calidad en salud. | Informe | 1 | Proceso de elaboración de documentos técnicos normativos, función reguladora de la GERESA, como actividad sanitaria regional cuyo producto es una herramienta de gestión operativa y concordante con la normatividad vigente, que contenga etapas estandarizadas, transparentes y explícitas para la facilitación y estandarización de la producción normativa del nivel nacional. | FORMULACION DE NORMAS Y REGULACION SANITARIA | 2 | 0 | 100% | Formulación de Directivas Regionales | Informe | 1 | NA | NA | <p>Procedimiento que permite elaborar documentos técnicos normativos en base a las políticas nacionales de salud, sistema de gestión de la calidad en salud, lineamientos de salud regional y otras que fortalezcan la gestión sanitaria.</p> <p>Criterio de Programación:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Oportunidad: elaboración de directivas administrativas, sanitarias en el marco del sistema de gestión de la calidad - Cobertura: Directiva sanitaria de los componentes del SOCS u otras que fortalezcan el mismo para EESS de I, II y III Nivel de Atención - Programa: 05 directivas de los componentes del SOCS, desarrolladas solo por GERESA. |
| 20 | 28FADC | F formulación y Aprobación de Directivas Regionales de los componentes del Sistema de Gestión de la Calidad en salud. | Informe | 1 | Proceso de elaboración de documentos técnicos normativos, función reguladora de la GERESA, como actividad sanitaria regional cuyo producto es una herramienta de gestión operativa y concordante con la normatividad vigente, que contenga etapas estandarizadas, transparentes y explícitas para la facilitación y estandarización de la producción normativa del nivel nacional. | FORMULACION DE NORMAS Y REGULACION SANITARIA | 2 | 0 | 100% | Formulación de Directivas Regionales | Informe | 1 | NA | NA | <p>Procedimiento por el cual se aprueba las Directivas Sanitarias desarrolladas en el marco de la política nacional de salud, sistema de gestión de la calidad en salud, lineamientos de salud regional y otras que fortalezcan la gestión sanitaria.</p> <p>Criterio de Programación:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Oportunidad: Elaboración de informe técnico para la aprobación de las directivas administrativas, sanitarias pre-estandarizadas. - Cobertura: Informe técnico para la aprobación de las Directivas Sanitarias de los componentes del SOCS u otras que fortalezcan para EESS de I, II y III Nivel de Atención - Programa: 05 informes técnicos uno por cada directiva desarrollada de los componentes del SOCS, solo por GERESA. |
| 21 | 28FADC | Fortalecimiento de la gestión clínica basada en evidencia científica en la prestación de servicios de salud, en las Unidades de Salud de los Hospitales de I y II nivel de atención | Informe | 12 | Acciones de vigilancia de la aplicación del "Cura Bundle" o Paquete de Medidas para la prevención de las UAS basadas en evidencia científica en los servicios con patologías de vigilancia epidemiológica, en los hospitales del I y II nivel de atención | CONTROL SANITARIO | 3 | 20 | 100% | Vigilancia del "Cura Bundle" o Paquete de Medidas para la prevención de las UAS basadas en evidencia científica en los servicios con patologías de vigilancia epidemiológica en los hospitales del I y II nivel de atención | Reporte | 12 | 12 | 1 | <p>Procedimiento que permite elaborar documentos técnicos normativos en base a las políticas nacionales de salud, sistema de gestión de la calidad en salud, lineamientos de salud regional y otras que fortalezcan la gestión sanitaria.</p> <p>Criterio de Programación:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Oportunidad: Elaboración de informe técnico para la aprobación de las directivas administrativas, sanitarias pre-estandarizadas. - Cobertura: Informe técnico para la aprobación de las Directivas Sanitarias de los componentes del SOCS u otras que fortalezcan para EESS de I, II y III Nivel de Atención - Programa: 05 informes técnicos uno por cada directiva desarrollada de los componentes del SOCS, solo por GERESA. |
| 21 | 28FADC | Fortalecimiento de la gestión clínica basada en evidencia científica en la prestación de servicios de salud, en las Unidades de Salud de los Hospitales de I y II nivel de atención | Informe | 12 | Acciones de vigilancia de la aplicación del "Cura Bundle" o Paquete de Medidas para la prevención de las UAS basadas en evidencia científica en los servicios con patologías de vigilancia epidemiológica, en los hospitales del I y II nivel de atención | CONTROL SANITARIO | 3 | 20 | 100% | Vigilancia del "Cura Bundle" o Paquete de Medidas para la prevención de las UAS basadas en evidencia científica en los servicios con patologías de vigilancia epidemiológica en los hospitales del I y II nivel de atención | Reporte | 12 | 12 | 1 | <p>Procedimiento que permite elaborar documentos técnicos normativos en base a las políticas nacionales de salud, sistema de gestión de la calidad en salud, lineamientos de salud regional y otras que fortalezcan la gestión sanitaria.</p> <p>Criterio de Programación:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Oportunidad: Elaboración de informe técnico para la aprobación de las directivas administrativas, sanitarias pre-estandarizadas. - Cobertura: Informe técnico para la aprobación de las Directivas Sanitarias de los componentes del SOCS u otras que fortalezcan para EESS de I, II y III Nivel de Atención - Programa: 05 informes técnicos uno por cada directiva desarrollada de los componentes del SOCS, solo por GERESA. |
| 21 | 28FADC | Fortalecimiento de la gestión clínica basada en evidencia científica en la prestación de servicios de salud, en las Unidades de Salud de los Hospitales de I y II nivel de atención | Informe | 12 | Acciones de vigilancia de la aplicación del "Cura Bundle" o Paquete de Medidas para la prevención de las UAS basadas en evidencia científica en los servicios con patologías de vigilancia epidemiológica, en los hospitales del I y II nivel de atención | CONTROL SANITARIO | 3 | 20 | 100% | Vigilancia del "Cura Bundle" o Paquete de Medidas para la prevención de las UAS basadas en evidencia científica en los servicios con patologías de vigilancia epidemiológica en los hospitales del I y II nivel de atención | Reporte | 12 | 12 | 1 | <p>Procedimiento que permite elaborar documentos técnicos normativos en base a las políticas nacionales de salud, sistema de gestión de la calidad en salud, lineamientos de salud regional y otras que fortalezcan la gestión sanitaria.</p> <p>Criterio de Programación:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Oportunidad: Elaboración de informe técnico para la aprobación de las directivas administrativas, sanitarias pre-estandarizadas. - Cobertura: Informe técnico para la aprobación de las Directivas Sanitarias de los componentes del SOCS u otras que fortalezcan para EESS de I, II y III Nivel de Atención - Programa: 05 informes técnicos uno por cada directiva desarrollada de los componentes del SOCS, solo por GERESA. |



Table with columns: Código, Descripción, Nivel de Riesgo, Fecha, and a large grid for risk matrix analysis (Crisis No., Mes, Días, etc.).



