



Resolución Directoral Nº 011

011 -2024

GRA/DIRESA/HR"MAMLL"A-DE

Ayacucho, 19 ENE 2024



VISTO: El Informe N° 013-2024-DIRESA.HR"MAMLL"A.UGC.J, de fecha 15 de enero del 2024, sobre aprobación mediante acto resolutivo del "PLAN ANUAL DE LA UNIDAD DE GESTION DE LA CALIDAD - 2024 – DEL HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO"; y,

CONSIDERANDO:



Que, los artículos 7 y 9 de la Constitución Política del Perú señalan que todos tienen derecho a la protección de su salud, la del medio familiar y la de la comunidad, y que el Estado determina la política nacional de salud, correspondiendo al Poder Ejecutivo normar y supervisar su aplicación, siendo responsable de diseñarla y conducirla en forma plural y descentralizadora para facilitar a todos, el acceso equitativo a los servicios de salud;



Que, los artículos I, II y VI del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de la Salud, establece que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, su protección es de interés público. Por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla; siendo de interés público la provisión de servicios de salud, cualquiera sea la persona o institución que los provea. Es responsabilidad del estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad;



Que, conforme a lo establecido en la Primera Disposición Complementaria Final del Decreto Legislativo Nº 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, modificado por la Ley N° 30895, el Ministerio de Salud es la Autoridad de Salud a nivel nacional, según lo establece la Ley N° 26842, Ley General de Salud, tiene a su cargo la función rectora a nivel nacional, la formulación, dirección y gestión de la política nacional de salud y es la máxima autoridad rectora en el Sector. Su finalidad es la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, la recuperación de la salud y la rehabilitación de la salud de la población;



Que, mediante Ley N° 27658 – Ley Marco de Modernización de la Gestión del Estado, modificado mediante Decreto Legislativo N° 1554, declara al Estado Peruano en proceso de modernización en sus diferentes instancias, dependencias, entidades, organizaciones y procedimientos, con la finalidad de mejorar la gestión pública y construir un estado democrático, descentralizado y al servicio del ciudadano;



Que, el Decreto Legislativo Nº 1156, Decreto Legislativo que dicta medidas destinadas a garantizar el servicio público de salud en los casos que exista un riesgo elevado o daño a la salud y la vida de las poblaciones, tiene como finalidad identificar y reducir el potencial impacto negativo en la población ante la existencia de situaciones que representen un

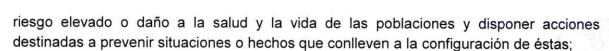




Resolución Directoral Nº

011 -2024

GRA/DIRESA/HR"MAMLL"A-DE



Que, el artículo 5° del Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, aprobado mediante Decreto Supremo N° 013-2006-SA, establece que los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo deben contar, en cada área, unidad o servicio, con manuales de procedimientos, guías de práctica clínica referidos a la atención de los pacientes, personal, suministros, mantenimiento, seguridad, y otros que sean necesarios, según sea el caso. En tal sentido el inciso s) del artículo 37° del citado Reglamento, establece que corresponde al Director Médico disponer la elaboración del Reglamento Interno, de las guías de práctica clínica y de los manuales de procedimientos dispuestos en el artículo 5° del presente reglamento; exigencia que es ratificada en el artículo 57° del reglamento antes citado;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA se aprobó el documento técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud", el cual tiene como objetivo establecer los principios, normas, metodologías y procesos para la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud orientando a obtener resultados para la mejora de la calidad de atención en los servicios de salud:

Que, mediante Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, se aprobó el documento técnico "Política Nacional de Calidad en Salud", el cual tiene como objetivo establecer las directrices que orienten el desarrollo de las intervenciones destinadas a mejorar la calidad de la atención de salud en el sistema de salud del Perú;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 526-2011/MINSA, se aprueba las Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud, en cuyos objetivos específicos se señala que: "Brinda a las instancias reguladoras del Ministerio de Salud una herramienta que facilite el desarrollo de sus funciones normativas; así como, estandarizar los elementos conceptuales, estructurales y metodológicos más relevantes en el ciclo de producción normativa; asimismo, establecer la aplicación de procesos transparentes y explícitos para la emisión de los documentos normativos";

Que, mediante Resolución Ministerial N° 850-2016-MINSA, de fecha 28 de octubre del 2016, se aprueba las normas para la elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud", la cual establece disposiciones relacionadas con los procesos de planificación, formulación o actualización, aprobación, difusión, implementación y evaluación de los documentos normativos que expide el Ministerio de Salud;

















Resolución Directoral Nº____

011 -2024

GRA/DIRESA/HR"MAMLL"A-DE

Ayacucho, 1 9 ENE 2024

previsto en el numeral 72.2 del artículo 72° de la Ley 27444 – Ley del Procedimiento Administrativo General, aprobado mediante Decreto Supremo Nº 004-2019-JUS, señala que, "toda entidad es competente para realizar las tareas materiales internas necesarias para el eficiente cumplimiento de su misión y objetivos, así como para la distribución de las atribuciones que se encuentran comprendidas dentro de su competencia";

Que, teniendo en cuenta lo antes señalado; y en ejercicio de las facultades de las que se encuentra inculcada para realizar diversas acciones de administración interna, necesaria para el eficiente cumplimiento de la misión, visión y objetivos de la institución; por lo que, se debe aprobar mediante acto resolutivo el "Plan Anual de la Unidad de Gestión de la Calidad – 2024" del Hospital Regional "Miguel Ángel Mariscal Llerena" de Ayacucho;

Estando a las consideraciones precedentes, con el visto bueno del Equipo de Gestión, y en uso de las facultades conferidas por Resolución Ejecutiva Regional N° 250-2023-GRA/GR.



ARTICULO PRIMERO.- APROBAR, el "Plan Anual de la Unidad de Gestión de la Calidad – 2024" del Hospital Regional "Miguel Ángel Mariscal Llerena" de Ayacucho, cuyo documento en anexo, forma parte integrante de la presente resolución.

ARTICULO SEGUNDO.- ENCARGAR, a la Unidad de Gestión de la Calidad, realizar las acciones correspondientes para la difusión, implementación, aplicación, ejecución y supervisión del Plan Anual aprobado, en cumplimiento de sus funciones de su competencia.

ARTICULO TERCERO.- NOTIFICAR, la presente resolución a la Unidad de Gestión de la Calidad, Oficina de Gestión Clínica y Unidades Orgánicas correspondientes para su conocimiento y fines.

ARTICULO CUARTO.- DISPONER, a la Unidad de Estadística e Informática, publique la presente resolución en el portal Institucional del Hospital Regional de Ayacucho.

REGISTRESE Y COMUNIQUESE.

Roy F. VIVI a Gutiérez Provincia de Resourcias X

JHAB/DE-HRA. LAPP/DIR-ADM. LHM/DIR-OPP. ECN/AJ. EGH/J-UP. RFVG/Selección















Resolución Directoral Nº

011 ~2024

GRA/DIRESA/HR"MAMLL"A-DE

| Ayacucho, | | |
|-----------|--|--|
|-----------|--|--|



Que, mediante Resolución Ministerial N° 502-2016/MINSA, se aprobó la NTS N° 029-MINSA/DIGEPRES-V.02, "Norma Técnica de Salud de Auditoria de la Calidad de la Atención en Salud", con el objetivo de establecer los lineamientos técnicos y metodológicos para realizar la auditoria de la calidad de la atención en salud en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, sean públicos, privados o mixtos, con la finalidad de contribuir a mejorar la calidad de atención en todos los establecimientos de salud y servicios de apoyo del sector salud;



Que, mediante Resolución Ministerial N° 826-2021-MINSA, se aprobó el documento denominado "Normas para la elaboración de documentos normativos del Ministerio de Salud", con el objetivo de establecer las disposiciones relacionadas con las etapas de planificación, formulación o actualización, aprobación, difusión, implementación y evaluación de los documentos normativos que expide el Ministerio de Salud, en el marco de sus funciones rectoras, con la finalidad de fortalecer el rol de Rectoría Sectorial del Ministerio de Salud, ordenando la producción normativa de la función de regulación que cumple como Autoridad Nacional de Salud (ANS) a través de sus Direcciones u Oficinas Generales, Órganos desconcentrados y Organismos Públicos Adscritos;



Que, mediante Informe N° 013-2024-DIRESA.HR"MAMLL"A.UGC.J, de fecha 15 de enero del 2024, la jefa de la Unidad de Gestión de la Calidad, solicita aprobación mediante acto resolutivo del Plan Anual de la Unidad de Gestión de la Calidad – 2024, del Hospital Regional "Miguel Ángel Mariscal Llerena" de Ayacucho;



Que, el objetivo del precitado Plan Anual de la Unidad de Gestión de la Calidad – 2024, es mejorar las condiciones de salud de la población, reducir las brechas de género en la población, reducir la vulnerabilidad de la población ante el riesgo de desastres en el departamento de Ayacucho, fortalecimiento integral de los servicios administrativos, incorporar los componentes de planificación, organización, garantía, mejora e información para la calidad en los proceso del hospital y evaluar periódicamente la satisfacción de los usuarios externos y desarrollar acciones de mejora, con la finalidad de optimizar la calidad y seguridad de la atención de salud; así como mejorar la satisfacción de las necesidades y expectativas de los usuarios que se brindan en los diferentes servicios del Hospital Regional de Ayacucho;

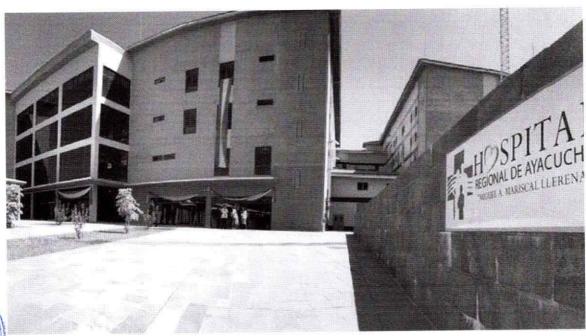


Que, la Dirección Ejecutiva es la unidad orgánica que constituye el Órgano de Dirección del Hospital Regional de Ayacucho "Miguel Ángel Mariscal Llerena"; está a cargo de un Director Ejecutivo, quien representa legalmente a la institución, conduce, dirige la gestión y hace cumplir las políticas, normas y objetivos en salud, de conformidad con lo previsto en el numeral 1.2 del ítem I del Manual de Organización y Funciones; y de acuerdo a lo



GOBIERNO REGIONAL DE AYACUCHO DIRECCION REGIONAL DE SALUD DE AYACUCHO

HOSPITAL REGIONAL "MAMLL" DE AYACUCHO





UNIDAD DE GESTION DE LA CALIDAD

PLAN ANUAL 2024



HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO "MIGUEL ANGEL MARISCAL LLERENA"

MC. JIMMY HOMERO ANGO BEDRIÑANA

Director Ejecutivo

ECON. LINO A. HUAMAN MEJIA

Director de la Oficina de Planeamiento y Presupuesto

CPC. LUIS ALBERTO PRETELL PRETELL

Director de la Oficina de Administración



Elaborado por:

MC. Jackelyn Vásquez Meléndez

Unidad de Gestión de la Calidad



INDICE

INTRODUCCION

El acceso a los servicios de salud y la cobertura en salud son probablemente los grandes desafíos del sector salud, porque la reforma del sector salud no ha logrado responder a las demandas de la población en lograr mejores servicios de salud y mejor calidad de vida; precisamente una de las estrategias utilizadas para disminuir esa inequidad ha sido la búsqueda de una mejora de la calidad de los servicios de salud, la satisfacción de los usuarios que debe ser vista como una determinación del usuario y no solo como una estrategia del proveedor de salud. En consecuencia, la calidad debe ser concebida como un objetivo siempre cambiante en los establecimientos de salud donde el usuario externo se convierta en la razón de la existencia de los establecimientos de salud.

La gestión de la calidad busca mejorar la calidad de los servicios, recursos y tecnologías, a través de la generación de una cultura de calidad, sensible a las necesidades de los usuarios externos e internos; es una estrategia de desarrollo de la atención de salud y en la actualidad pasa a constituir una exigencia social y un requisito indispensable que trasciende los servicios de salud y toma como referencia la perspectiva de los usuarios; sus necesidades, intereses y motivaciones.

La calidad del servicio – satisfacción del usuario es relativamente difícil de medir entre otros, debido a las relaciones interpersonales que se generan entre los proveedores y los usuarios.

La Unidad de Gestión de la calidad del Hospital Regional de Ayacucho, considera muy importante orientar esfuerzos en el presente año a satisfacer las expectativas del usuario, en el marco de la mejora continua de la calidad. Por lo que el presente plan establece las acciones a desarrollar en el Hospital Regional de Ayacucho, durante el año 2024.

El sistema de gestión de la calidad, busca establecer los conceptos, principios, políticas, objetivos, componentes y niveles del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, que han de servir de marco para el desarrollo de acciones de mejora de la calidad de atención de salud en las entidades prestadoras del sector del nivel, regional y local, con el propósito de satisfacer a los usuarios





1. FINALIDAD

Optimizar la calidad y seguridad de la atención de salud; así como mejorar la satisfacción de las necesidades y expectativas de los usuarios, que se brindan en los diferentes servicios del Hospital Regional de Ayacucho.

2. OBJETIVOS ESTRATEGICOS INSTITUCIONALES 2024

- Mejorar las condiciones de salud de la población.
- Reducir las brechas de género en la población.
- Reducir la vulnerabilidad de la población ante el riesgo de desastres en el departamento de Ayacucho.
- Fortalecimiento integral de los servicios administrativos de las Oficinas Sub Regionales y Unidades Operativas.

OBJETIVOS DE LA UNIDAD DE GESTION DE CALIDAD

- Brindar asesoría técnica para la incorporación del enfoque de calidad en los planes estratégicos y operativos institucionales así como en la gestión de los recursos humanos en salud.
- Incorporar los componentes de; planificación, organización, garantía, mejora e información para la calidad en los procesos del hospital.
- Implementar mecanismos de respuesta a las necesidades y expectativas de los usuarios.
- Evaluar periódicamente la satisfacción de los usuarios externos y desarrollar acciones de mejora.
- Facilitar el desarrollo de la autoevaluación periódica y encaminar hacia la acreditación del hospital.
- Promover la elaboración, implementación, evaluación e institucionalización de los proyectos de mejora continua por servicios.
- Asesorar la implementación de las estrategias, metodologías e instrumentos de la calidad; mejora continua y garantía de la calidad en los servicios.

3. AMBITOS DE APLICACIÓN

El siguiente Plan de Gestión de la Calidad tiene como ámbito de aplicación a todos los servicios y unidades del Hospital Regional de Ayacucho.





4. BASE LEGAL

- 1. Ley Na 26842, Ley General de Salud.
- 2. Ley N°27815, Ley del Código de ética de la Función Pública.
- 3. Ley Na 29414, Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud.
- Decreto Supremo Nº016-2002-SA, que aprueba el Reglamento de la Ley Nº27604, que modifica la Ley General de Salud Nº26842.
- 5. Decreto Supremo Nº01-2006-sa, que aprueba el "Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".
- Resolución Ministerial N° 474-2005/MINSA, que aprueba la Norma Técnica N° 029 –MINSA/DGSP V. 01 "Norma Técnica de la Auditoria de la Calidad de la Atención en Salud".
- Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, que aprueba el documento Técnico: Sistema de la Gestión de la Calidad en Salud.
- 8. Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, aprueba la NTS N° 050-MINSA/DGSP V.02 "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".
- 9. Política Nacional de Calidad en Salud R.M. Nº 727-2009/MINSA
- 10. Resolución Ministerial N° 1021-2010/MINSA, Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.
- 11. Resolución Ministerial N° 527-2011/MINSA., Satisfacción del Usuario
- 12. Resolución Ministerial N° 095-2012/MINSA, que aprueba la Guía Técnica: "Guía Para la Elaboración de Proyectos de Mejora y la Aplicación de Técnicas y Herramientas para la Gestión de la Calidad.
- 13. Resolución Ministerial N° 168-2015/MINSA, Lineamientos para la Vigilancia, Prevención y Control de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud.
- 14. Resolución Ministerial N° 302-2015/MINSA, Norma Técnica de Salud para la Elaboración y Uso de las Guías de Práctica Clínica en el Ministerio de Salud.
- 15. Resolución Ministerial N° 414-2015/MINSA, Documento Técnico: Metodología para la elaboración de Guías de Práctica Clínica.
- 16. Resolución Ministerial N° 168-2015/MINSA, Documento Técnico Lineamientos Para la Vigilancia, Prevención y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud.
- 17. Resolución Ministerial N° 255-2016/MINSA, Guía Técnica Para la Implementación del Proceso de Higiene de Manos en los Establecimientos de Salud.
- 18. Resolución Ministerial N° 502-2016/MINSA, Norma Técnica N° 019-MINSA/DIGEPRES V.02 "Norma Técnica de la Salud de la Auditoria de la Atención en Salud".



HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO MEJELA MARISCALLERENA

PLAN DE GESTION DE LA CALIDAD 2024

- 19. Decreto Supremo Nº002-2019-SA, que aprueba el Reglamento para la Gestión de Reclamos y Denuncias de los Usuarios de las Instituciones Administrativas de Fondos de Aseguramiento en Salud –IAFAS, Instituciones prestadoras de Servicios de Salud-UGIPRESS, públicas, privadas o mixtas.
- 20. Directiva Sanitaria Nº 92-MINSA/2020/DGAIN, Rondas de Seguridad del paciente para la Gestión del Riesgo en la Atención de Salud.

5. CONTENIDOS

5.1. DEFINICIONES OPERACIONALES

GESTION DE LA CALIDAD: El enfoque de gestión de la calidad está siendo impulsado progresivamente en los sistemas de salud, a través de actividades de regulación y evaluación, así como intervenciones que promueven el aprendizaje de los prestadores y de las organizaciones de salud; con la conformación de sistemas de monitoreo y evaluación de la atención dirigidos a garantizar la calidad como paradigma de intervención, al cual progresivamente se van incorporando los aportes de la gestión de la calidad total, principalmente a través de la mejora continua1. La gestión de la calidad implica la transformación de la organización mediante el aprendizaje y la mejora permanente que surge como respuestas a las necesidades y expectativas de sus usuarios. De esta forma se constituyen en el centro de su misión. Se trata de mejorar la calidad y avanzar en búsqueda de la excelencia en las organizaciones del sector salud, incorporando los principios de los modelos normativos de sistemas de gestión de calidad. Se busca reforzar el liderazgo de las instancias directivas en el logro de la calidad, el trabajo en equipo, gestión basada procesos y en información relevante como sustento de las decisiones.



PRINCIPIOS DE LA CALIDAD: Son principios del Sistema Nacional de Gestión de la Calidad

- 1.- Calidad de la atención de salud como condición de desarrollo humano. La calidad de la atención de la salud es una dimensión central de la calidad de vida de las personas y condición fundamental del desarrollo humano.
- 2.- Calidad como derecho ciudadano en salud y centrado en el usuario Las personas usuarias de los servicios públicos son ante todo y fundamentalmente ciudadanas para quienes la atención de su salud con

¹ Sistema DE LA Gestión de la Calidad. MINSA. 2008



calidad es un derecho consagrado por la legislación nacional e internacional. Anteponiendo las necesidades y expectativas de sus usuarios y acogiendo su diversidad cultural, étnica, de género, de opción sexual o religiosa. Este derecho se ejerce mediante la participación en la gestión y la vigilancia social.

- 3.- Liderazgo para la calidad. El logro de los objetivos en calidad descansa en el liderazgo basado en la competencia, idoneidad moral y capacidad dialogante. Se trata de alcanzar acuerdos entre múltiples actores jurídicamente diferentes, con distintos grados de desarrollo y que a través del proceso de descentralización alcanzan importantes niveles de autonomía.
- 4.- Participación de los servidores civiles. Los servidores civiles de todos sus niveles y categorías son la esencia de la organización y la fuerza motriz del Sistema de Salud. Su participación protagónica en la atención de la salud es fundamental para mejorar la calidad, pero en igual medida, sus necesidades y motivaciones constituyen preocupación central de la organización.
- 5.- El enfocado en procesos y resultados 11 El SGCS alcanza sus objetivos con mayor eficacia y eficiencia cuando las actividades y recursos relacionados se gestionan mediante procesos articulados en función a resultados que mejoran el desempeño de la organización.
- 6.- La mejora como tarea central y permanente El SNGCS asume la mejora del desempeño global de la organización como una característica central de su cultura. La mejora constituye su tarea central y permanente.
- 7.- Toma de decisiones basadas en evidencias Las decisiones eficaces y oportunas se basan en el análisis de datos y la información.

5.2. Correlación de las Objetivos del POI con las Actividades del plan:

- a) Mejorar las condiciones de salud de la población.
 - Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía en centros quirúrgicos de establecimientos de salud que realicen intervenciones quirúrgicas.
 - Implementación de Mecanismos para el Registro, Notificación y Análisis de la ocurrencia de incidentes y/o Eventos Adversos en Salud en los establecimientos de salud, en los establecimientos de Salud.
 - Implementación de la Auditoría de la Calidad de Atención en Salud en los establecimientos de salud.



HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO MICLELA MARISCAL LEIRAN

PLAN DE GESTION DE LA CALIDAD 2024

- Implementación de la metodología para elaboración del mejoramiento continuo de la calidad en salud.
- Implementación del proceso de higiene de manos.
- Implementación de la Directiva Sanitaria de Rondas de Seguridad del Paciente para la gestión del riesgo en la gestión de salud.
- Implementación de la Autoevaluación del Proceso de Acreditación.
- Implementación de la Metodología de la Evaluación de la satisfacción del usuario externo en los establecimientos de salud
- Fortalecimiento integral de los servicios administrativos de las Oficinas Sub Regionales y Unidades Operativas.
 - Elaboración del Plan de Gestión de la Calidad en Salud por Establecimiento de Salud

6. RESPONSABILIDADES:

La Oficina de Calidad, con el fin de cumplir con todas las actividades, se organizará de la siguiente forma:



- 6.1. Auditoría de salud y Auditoría Médica: MC. Jackelyn Vásquez Meléndez
- 6.2. Coordinadora de Seguridad del Paciente: Lic. Marisa Cárdenas Bemdezú.
- **6.3.** Coordinadora de Autoevaluación Acreditación: Lic. Amanda Del Solar Lozano.
- **6.4.** Coordinadora de Mejora Continua de la Calidad: Lic. Eufemia Gutierrez Mendoza.
- 6.5. Coordinadora del PAUS y Libro de Reclamaciones: Obsta. Indira Quispe Montero

7. ANEXOS



REGIONAL DE MOCUCHO MUNICALO M



PLAN DE GESTION DE LA CALIDAD 2024

MATRIZ DE ACTIVIDADES DEL PLAN DE GESTION DE LA CALIDAD EN SALUD-HRA 2024

| Planificación | | | | | | | | | | | | | |
|--|-------------|---------|-------------|---------|-------|------|---------|-------|------------|----------------|-------------|---------------|---------------|
| ACTIVIDAD | | | | | | C R | 0 N O |) G R | A M A | | | | |
| 01. Elaboración del Plan de Gestión de la | e <u>la</u> | ENERO | FEBRER 0 | MARZO | ABRIL | MAYO | OINOC | JULIO | AGOST 0 | SEPTIEMB RE | OCTUBR E | NOVIEMB RE | DICIEMB RE |
| TAREAS RESULTAD | MET | 1 2 3 4 | 1234 | 1234 | 1234 | 1234 | 1 2 3 4 | 1234 | 1234 | 1 2 3 4 | 1 2 3 4 | 1 2 3 4 | 1 2 3 4 |
| TAREA N° 1: Elaboración del Plan de Gestión de la Plan Calidad del Hospital aprobado RD Regional de Avacucho | - | × | | | | | | | | | | | |
| TAREA N° 2: Evaluación del Plan Anual de Gestión Informe de de la Calidad del Hospital evaluación Regional de Ayaucho | 2 | | 6 | | | | × | | | | | | × |
| Garantia/Mejora | | | | | | | 4 | | | | | | |
| ACTIVIDAD | | | | | | C | Z 0 | 0 G R | A M A | | | | |
| 03. Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía en centros quirúrgicos de HRA | ugía en | ENERO | FEBRER | MARZO | ABRIL | MAYO | OINNC | JULIO | AGOST 0 | SEPTIEMB RE | OCTUBR E | NOVIEMB RE | DICIEMB |
| TAREAS RESULTAD | O MET | 1 2 3 | 4 1 2 3 4 | 1 2 3 4 | 1234 | 1234 | 1234 | 1234 | 1 2 3 4 | 1 2 3 4 | 1 2 3 4 | 1 2 3 4 | 1 2 3 4 |
| TAREA N° 1: Capacitación y/o Actualización de la R.M.N° 308-2010/MINSA Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugia | • | | _ | × | | | | | | | | | |
| TAREA N° 2: Monitoreo en la aplicación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugia en HRA | • | | | | × | | | × | | | × | | × |

| SON | AL DE AV | SUS |
|-------|----------|-----|
| AL RE | 7 | 10 |
| Idsor | Colombia | |
| 11. | - UNIDAD | |

HOSPITAL REGIONAL DE MACUCHO NOVILLA MARKAL LIENE

| - | | × | × | | MB | 3 4 | | × | × |
|--------|---|---|---|-----------|---|---------------|--|--|---|
| = | | | | | DICIEMB | 2 | | | × |
| = | | | | | | 4 | | | |
| 9 | | | | | NOVIEMB RE | 2 3 | | | |
| - | | | | | | 4 | | | |
| 1 | | | | | OCTUBR E | 2 3 | | | |
| 1 | | | × | | | 4 | | × | 2 G 图2 |
| - | | | | | SEPTIEMB RE | 8 | | | |
| | | | | | SEPT | 1 2 | | 420 | |
| | | | | M | ST | 3 4 | | | |
| 9 | | | | A | AGOST O | 1 2 | | | |
| | | | | a. | JULIO | 3 4 | | | |
| , | | × | × | 9 O | 3 | 1 2 | | | |
| | | | | z | JUNIO | 3 4 | | × | × |
| | | | | R 0 | 3 | 1 2 | | | |
| | | | | ပ | MAYO | 3 4 | | | |
| | | | | | Ž | 4 1 2 | | | |
| | | | | | ABRIL | 2 3 4 | | | |
| | | | × | | | 4 | × | * | |
| | | | | | ARZO | 2 3 | × | | |
| | | | | | Δ | 4 1 | × | | |
| | | | | | FEBRER | 2 3 | × | | |
| 1 | | | | | Part Service 1 | 1 4 | × | | |
| 5 - OK | | | | | ENERO | 2 3 | | | |
| | | | | | | - - | | 4 | |
| | 2 | 7 | 4 | | ara e |) MET | | | |
| | e S | s SO | os os | | nos p de la entos | RESULTAD 0 | le los | os | and Sos |
| | informe Emitidos | informe Emitidos | informe Emitidos | | canisi nálisis /o Ev | RESI | Informe Emitidos | Informe Emitidos | Informe Emitidos |
| | L B | _ <u>a</u> | 200 | | 04. Implementación de Mecanismos para el Registro, Notificación y Análisis de la ocurrencia de incidentes y/o Eventos | | | eo del y cia en | sión del y icia en |
| | pervis le la ión de Cirugía | aluaci te la ión de Cirugí | trega Lista I Cirugí | | ción c caciól ncidel | S | la del ación surren | onitor ación ación curren ersos | upervi ación ación currer ersos |
| | 3: Sulción o ción o rificac de la (| 4: Evición ción crificac de la (de la | 5: En a de la de la de la (| 6 | Notific | TAREAS | 1: ón en ación Jotifica la Oc | AKA 2: M ement Jotifice 1 a Oc | e 3: Si ement Votific e la Oc s Advi HRA |
| | TAREA N° 3: Supervisión en la aplicación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía | en HKA N° 4: Evaluación en la aplicación de la Elista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía | TAREA N° 5: Entrega de la Encuesta de la Encuesta de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía | ACTIVIDAD | nplen stro, l rencia | 17 | TAREA N° 1: Capacitación en la Implementación del Registro, Notificación y Análisis de la Ocurrencia | Salud en HKA TAREA N° 2: Monitoreo en la Implementación del Registro, Notificación y Análisis de la Ocurrencia de Eventos Adversos en | TAREA N° 3: Supervisión en la Implementación del Registro, Notificación y Análisis de la Ocurrencia de Eventos Adversos en Salud en HRA |
| | TARE en la Lista (Segur | TAREA I TAREA I en la apli Lista de Segurida | TAREA I TAREA I la Encue Verificaci Segurida | ACTI | Registocur | And | TAR Cape Imple Regis Análi | Salud TARE en la Regis Anális de Ev | TAR TAR TAR en la Regi Anál |

×

PLAN DE GESTION DE LA CALIDAD 2024



HOSPITAL REGIONAL DE AMOUCHO

MELEA WEINGELECK!

DICIEMB 1 2 3 × 4 OCTUBR NOVIEMB 2 3 4 1 2 3 4 1 × SEPTIEMB 1 2 3 4 123412341234123412341234123412341234 AGOST 0 Σ A ď JULIO ග 0 JUNIO z 0 ď MAYO ပ ABRIL FEBRER MARZO ENERO RESULTAD MET 2 05. Implementación de la Auditoría de la Calidad de Atención en Salud en HRA aprobado RD aprobado con RD Informe Informe Informe Informe Emitidos Informe Informe TAREA Nº 6: Supervisión Norma Técnica de Salud de Auditoria de la Calidad de Auditorias del CAS y Actualización del Comité de Auditoria CAM y CAS TAREA Nº 5: Monitoreo de Eventos Adversos en en Hospital Regional de Análisis de la Ocurrencia Actualización de la R. M. de la Atención en Salud Presentación de Planes TAREA Nº 4: Monitoreo Comité de Salud (CAS) Registro, Notificación y TAREA Nº 4: Remisión N° 502-2016-MINSA de las auditorias del de las auditorias del Comité de Auditoria Médica (CAM) HRA Implementación del de Auditoria HRA... Conformación y/o TAREAS Capacitación y/o de Informe en la TAREA N° 2: **FAREA N° 1:** TAREA N°3: ACTIVIDAD CAM HRA Ayacucho del HRA.

| | PLAN DE GESTION DE LA CALIDAD 2024 |
|--------------|------------------------------------|
| WOSPITAL ACE | ONAL SAND |



DICIEMB 2 3 × × 4 OCTUBR NOVIEMB 1234123 1 2 3 4 SEPTIEMB 4 12341234123412341234123412341234 AGOST 0 Σ × 4 × ď JULIO G 0 × OINO z × 0 Ж × MAYO ပ ABRIL × MARZO FEBRER 0 × × ENERO elaboración del mejoramiento continuo de la RESULTAD MET 7 4 06. Implementación de la metodología para Informe Elaboración de Proyectos Informe acción del Sistema de Informe Emitidos 0 Informe Informe referente a las líneas de acción del Sistema de Gestión de la Calidad y las Herramientas y sanitarias de Mejora y la Aplicación regionales identificadas 3:Presentación de PMCC Socialización en base a la referente a las líneas de Gestión de la Calidad y las sanitarias Actualización en la R.M N° Gestión de la Calidad, problemática identificada TAREA Nº 7: Evaluación Médica (CAM) y Comité TAREA N° 8: Remisión de Auditoria en Salud Salud categoría HRA Establecimientos de °Z de las auditorias del Comité de Auditoria 095-20212/MINSA TAREAS calidad en salud. ž de Informe de Capacitación prioridades prioridades ACTIVIDAD (CAS), HRA en el HRA TAREA TAREA TAREA



REGIONAL DE AMOUCHO WALLA A MARKALLIRNA



PLAN DE GESTION DE LA CALIDAD 2024

| | | <u>a</u> | 4 | | × | | | × |
|-------------------------|-----------|---|---------------------------|---|--|--|--|---|
| | | DICIEMB | 2 3 | | | | | |
| | - | | 4 | | | | | |
| | | NOVIEMB RE | 2 3 | | | | | |
| | | | • | | | | | |
| | | OCTUBR E | 2 3 4 | | | | | |
| | | 000000000000000000000000000000000000000 | 150 | | - X | | | × |
| | | SEPTIEMB RE | 3 4 | | | | | |
| | | SEP | 7 | | | | | |
| | M | SST | 3 4 | | | | | |
| | _ 4 | AGOST 0 | 1 2 | | | | | |
| | <u>«</u> | JULIO | 3 4 | | | | | |
| | 9 0 | Dr. | 1 2 | | | × | × | × |
| | z | OINN | 3 4 | | × | | | |
| | R 0 | 3 | 1 2 | | | | | |
| | ပ | MAYO | 2 3 4 | | | | | |
| | | M | 4 1 2 | | | | | |
| | | ABRIL | 2 3 4 | | | | | |
| | | H | 1 | × | × | | | × |
| | | ARZO | 2 3 | × | | | | |
| | | A MA | 4 | × | | | | |
| | | FEBRER | 2 3 | | | | | |
| | | | 4 1 | | | | | |
| | | ENERO | 2 3 | | | | | |
| | | | ET 1 | _ | 4 | 4 | | 4 |
| | | igiene | 2 | | | | | |
| | | de h | RESULTAD O | dos | Informe Emitidos | Informe Emitidos | Informe Emitidos | Informe Emitidos |
| | | osaoo | RESI | Informe | Informe Emitidos | Informe Emitido | Informe Emitidos | Info Emi |
| adas | | del pr | | Guía Guía e de | reo a la ene | isión isión isión a la an | ación n de ra la ene | d de |
| identificadas | | ición | KA S | o la la RINSA (INSA i la | Aonito Itaciór os par a higi | el HR uperv ntaciór os par a higie | Evalua Taciól Os pal a higie | Remitidad de Calida |
| | ٥ | menta | TAREAS | I' 1: sión y/ sión y/ D16/M hara la haciór he Hig los mientc el Man te refe | N° 2: Note the miento | N°3: S N°3: S Slemer mient | N° 4: I | N°5: la Unide la te |
| regionales en el HRA | ACTIVIDAD | 07. Implementación del proceso de higiene | de manos en HKA TAREAS | TAREA N° 1: Capacitación y/o Actualización en la R.M. N° 255-2016/MINSA Guía Técnica para la Implementación del Proceso de Higiene de Manos a los Establecimientos de Salud y el Manual Técnico de referencia de Ila Higiene de Manos, en | TAREA N° 2: Monitoreo en la Implementación de los Lineamientos para la adherencia a la higiene | de manos en el HRA TAREA N°3: Supervisión en la Implementación de los Lineamientos para la adherencia a la higiene | TAREAN * Exaluación TAREAN * Exaluación en la Implementación de los Lineamientos para la adherencia a la higiene | TAREA N° 5: Remitir Oficio a la Unidad de Gestión de la Calidad de la DIRESA, de la |
| regi | AC | 07. | e e | Cap Cap No.3 No.3 No.3 No.3 No.3 No.3 No.3 No.3 | TA TA los | TA en los adt | TA los | 2 ₹ 2 8 <u>a</u> |

HOSPITAL REGIONAL DE APROCHO YOURA NAVIONALIENE



| | | | | × | | DICIEMB | 1 2 3 4 | | |
|----|--|---|--|--|-----------|---|---------------------|--|--|
| - | | | | | | NOVIEMB RE | 1 2 3 4 | | |
| - | | | | | | OCTUBR E | 1 2 3 4 | | |
| | | | | | | SEPTIEMB RE | 1 2 3 4 | | |
| | | | | | A M A | AGOST O | 1234 | | |
| | | | | | 0 G R | JULIO | 1 2 3 4 | | |
| - | | | | × | N 0 | OINUC | 1 2 3 4 | | |
| 25 | | | | | ၁ | MAYO | 1 1 2 3 4 | | |
| | | | | | | ABRIL | 1 1 2 3 4 | | |
| | | | × | | | MARZO | 4 1 2 3 4 | × | |
| | | | | | | FEBRER 0 | 4 1 2 3 | | × |
| | | | | | | ENERO | T 123 | | |
| | | | Informe aprobado con RD | Informe 2 Emitidos | | Directiva Sanitaria del Paciente para gestión de salud. | RESULTAD MET O A | Informe Emitidos | Aprobado 1 |
| | Adherencia de Higiene de Manos en relación a la actividad realizada en | el HRA TAREA N° 6: Realizar Actividad por el Día Mundial de la Higiene de Manos 05 de mayo en IPRESS categoria II-E, II- | TAREA N° 7: Presentación de Planes Anuales de Higiene de | TAREA N° 8: Remitir Oficio a la Unidad de Gestión de la Calidad de la DIRESA, en relación a | ACTIVIDAD | 08. Implementación de la Directiva Sanitaria de Rondas de Seguridad del Paciente para la gestión del riesco en la destión de salud. | TAREAS | TAREA N° 1: Capacitación en la R.M. N° 163-2020/MINSA Directiva Sanitaria N° 092-MINSA/DGAIN Directiva Sanitaria de Rondas de Seguridad del paciente para la gestión del riesgo en la atención | TAREA N° 2: Conformación del Equipo de Rondas de Seguridad del paciente en el HRA |

HOSPITAL REGIONAL DE MAGUCHO NECULA MERICA LIENA

| | | × | × | × | × | | DICIEMB | 2 3 4 | |
|----------------|--|--|---|--|--|-----------|--|---------------|---|
| _ | | × | | | | | | 4 | |
| _ | | | | | | | NOVIEMB | 2 3 | |
| _ | | × | | | | | 10000 | 4 | |
| - | | | | | | | OCTUBR E | 2 3 | |
| | | × | × | | × | | | 4 | |
| | | | | | | | SEPTIEMB RE | 3 | |
| | | | | | | A | ES . | 4 | × |
| = | | × | | | | M | AGOST O | 2 3 | |
| - | | × | | | | R A | | 4 | |
| = | | | | | | ပ | JULIO | 2 3 | |
| - | | × | × | | × | 0 Z | | 1 4 | |
| 15 34 34 | | | | | | 0 | OINOC | 1 2 3 | |
| 8 - | | × | | | | C R | 9 | 3 4 | |
| 76 | | | | | | J | MAYO | 1 2 | |
| , | | × | | | | | ABRIL | 3 4 | |
| | | | | | | | AB | 1 2 | |
| 3 | | × | × | | × | | ARZO | 2 3 4 | |
| | × | | | | | | Σ | 4 1 2 | |
| | | × | | | | | FEBRER 0 | 2 3 | |
| | | × | | | | | | 4 | |
| 1 | | | | | | | ENERO | 1 2 3 | |
| MCHO OHO | | 2 | 4 | - | 4 | | in del | MET | - |
| | o RD | 72 | | | (0 | | luacio | TAD | φ |
| | Plan aprobado RD | Informe Emitidos | Informe Emitidos | Informe Emitidos | Informe Emitidos | | 09. Implementación de la Autoevaluación del Proceso de Acreditación del HRA | RESULTAD O | Informe Emitidos |
| | ā | | isión de dad RA | ción de idad | e de idas | | de la | | Salud de de ha 23 |
| | emisical de la | HRA fonitor tación juridac | Superv Itación Segur n el H | Evalua Itación Segur | n en n nforme as Ror del | | tación credit | AS | sh la R SA, de SA, de nio de '050 V 02 va de (tación tos de sios R.M 2' |
| | V° 3: F ogram les en ntaciór te Seg | en el N°4: N slemer de Seç | N° 5: 3 N° 5: 3 Jemer Jas de | N° 6: I | N°7:1 N°7:1 on de la ridad c | AD | emen o de A | TAREAS | N° 1: ación t 7/MIN 7/MIN TS NN DGSP Técni Acredi cimien Servic s" y la INSA, |
| | TAREA N° 3: Remisión del Cronograma de Actividades en la Implementación de las Rondas de Seguridad del | Paciente en el HRA TAREA N° 4: Monitoreo en la Implementación Rondas de Seguridad del | TAREA N° 5: Supervisión en la Implementación de las Rondas de Seguridad del Paciente, en el HRA | TAREA N° 6: Evaluación en la Implementación de las Rondas de Seguridad | TAREA N° 7: Informe de aplicación de las Rondas de Seguridad del Docime de las Rondas de Seguridad del | ACTIVIDAD | J. Impl | | TAREA N° 1: Capacitación en la R.M. 456 2007/MINSA, de fecha 04 de junio del 2007 NTS NN°050 MINSA/DGSP V 02 "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos" y la R.M 270 2009/MINSA, de fecha 23 de abril del 2009 Guía |
| | A de A | P = P = P = P = P = P = P = P = P = P = | en Z | e d | 9 7 7 8 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 | ¥ | 18.4 | | FO4 # ¥ Z ₹ Ø M ⊗ S ¥ Q |



establecimientos de salud para la Acreditación de Técnica del Evaluador

y Servicios Médico de Apoyo", en el HRA TAREA Nº 2:

Conformación del equipo de Acreditación y equipo de Evaluadores Internos, TAREA Nº 3: Remisión en el HRA

Resolución

Directoral

TAREA Nº 4: Documento Autoevaluación, en el de Comunicación de de Plan de

Resolución Directoral

×

Autoevaluación 2024 de Inicio de Autoevaluación la Micro red a la red de TAREA Nº 5: Informe salud, en el HRA 2022, en el HRA récnico Final de

rme Emitidos emitidos/Info

Oficios

Emitidos Informe

COMPONENTE: INFORMACION PARA LA CALIDAD

DICIEMB က 4 OCTUBR NOVIEMB 3 1 2 1 2 3 4 SEPTIEMB 1 2 3 4 ⋖ 1234 AGOST 0 A M 12341234123412341234 ď JULIO g 0 JUNIO z 0 MAYO O ABRIL MARZO 4 FEBRER 3 0 2 4 ENERO 1 2 3 MET 10. Implementación de la Metodología de la Evaluación de la satisfacción del usuario RESULTAD capacitación en la R.M. externo en el HRA TAREAS TAREA Nº 1: ACTIVIDAD

Informe N° 527-2011/MINSA Guía Satisfacción del Usuario Salud y servicio Médico Establecimientos de Evaluación de la Externo en los técnica para la

| - |
|----------|
| <u> </u> |
| |
| |
| |
| |
| m Z |
| |
| (1)=== |
| 2 mm |
| |
| F diú ∌ |
| DE . |
| |
| |
| |
| 1// |
| |
| |
| |

| SARCUCHO. | | Informe × | Informe X | Informe x | CRONOGRAMA | ENERO FEBRER MARZO ABRIL MAYO JUNIO JULIO AGOST SEPTIEMB OCTUBR NOVIEMB DICIEMB | RESULTAD MET 1234123412341234123412341234123412341234 | Informe 1 | Informe x | CRONOGRAMA | ENERO FEBRER MARZO ABRIL MAYO JUNIO JULIO AGOST SEPTIEMB OCTUBR NOVIEMB DICIEMB O RE RE RE | RESULTAD MET 1234123412341234123412341234123412341234 |
|-----------|--|-----------|-----------|--|------------|---|---|--|--|------------|---|---|
| | de Apoyo en Hospitales de la región II-1, II-E y II-2 | | Ø | UPSS Hospitalizacion TAREA N° 4: Encuesta de satisfacción del usuario externo en la | ACTIVIDAD | 11. Dia Nacional de la Salud y el Buen Trato al Paciente 13 de Agosto, | AS | TAREA N° 1: Presentación de Planes Anuales en relación al Día Nacional y el Buen trato al paciente | mitir d de lidad de elación a | ACTIVIDAD | 12. Dia Mundial de la Seguridad del paciente | |

| <u>니</u> 우 및 |
|--------------|
| T 34 |
| |
| - W Z |
| |
| A 2 1 |
| |
| |
| 724 |
| -0 |
| 10.2 |
| 1111 |
| |

Informe Informe la DIRESA, en relación a Gestión de la Calidad de Mundial de la Seguridad Presentación de Planes la actividad realizada TAREA Nº 2: Remitir Oficio a la Unidad de Anuales por el Día del Paciente TAREA Nº 1:

2 3 4 SEPTIEMB OCTUBR NOVIEMB DICIEMB 4 1 2 3 4 1 2 3 × 2 3 123412341234123412341 AGOST 0 × Σ JULIO G 0 JUNIO z 0 œ MAYO ပ ABRIL 123412341234 MARZO FEBRER O ENERO RESULTAD MET
O A 13. Ejecución del Libro de Reclamaciones HRA aprobado con RD Emitidos TAREAS ACTIVIDAD

| , | | ıal | | -6 | - | | | | | Informe | | - pr | | SOI | | Je Je | ras | ï | | | | del Libro o | Reclamac | |
|---|-----------------------|----------------------------|------------------|----------------------|-----------------------|-----------------------|------------------|-----------------|---------------|--------------------|-----------|------------------------|----------------------|--------------------------|---------------------|------------------------|---------------------------|-------------------------|---------------------|-------------------|----------------------|--------------|----------------|--|
| | TAREA Nº 1: Capacitar | y/o Actualizar al personal | de salud DECRETO | SUPREMO N° 002-2019- | SA Reglamento para la | Gestión de Reclamos y | Denuncias de los | Usuarios de las | Instituciones | Administradoras de | Fondos de | Aseguramiento en Salud | IAFAS, Instituciones | Prestadoras de Servicios | de Salud - IPRESS y | Unidades de Gestión de | Instituciones Prestadoras | de Servicios de Salud - | UGIPRESS, públicas, | privadas o mixtas | TAREA N° 2: Disponer | del Libro de | Reclamaciones. | |

× × × × × × × × × 12 del Libro de Reclamacion es

HOSPITAL FRESIONAL DE AVACUCHO WALLE A VERGAL LIENE



PLAN DE GESTION DE LA CALIDAD 2024

| _ | × | × | | REME | 1 2 3 4 | × |
|---|--|--|-----------|--|---------------------|--|
| _ | | | Si iliano | NOVIEMB | 1 2 3 4 | |
| _ | | × | | OCTUBK F | 1 2 3 4 | |
| | × | | | SEPTIEMB RE | 1 2 3 4 | |
| | | | R A M A | AGOST | 4 1 2 3 4 | |
| | × | × | N O G | o JULIO | 3 4 1 2 3 4 | |
| | | | C R O | INUL OY | 3 4 1 2 | |
| | | | | ABRIL MA | 2 3 4 1 2 | |
| 3 | × | × | | MARZO / | 12341 | × |
| | | | | FEBRER O | 234123412 | |
| | | | | ENERO | • | |
| | | | | rma de | RESULTAD MET O A | |
| | Informe | Informe | | la Platafoı \US), HRA | RESUL 0 | Informe Informe |
| | TAREA N° 3: Sensibilizar a la población los derechos y deberes de los usuarios | TAREA N° 4: Remitir Informe de los Reclamos a su Red de Salud. | ACTIVIDAD | 14. Implementación de la Plataforma de Atención al Usuario (PAUS), HRA | TAREAS | TAREA N° 1: Disponer de un ambiente para la Plataforma de Atención al Usuario (PAUS). TAREA N° 2: Asignar a un responsable con documento (Memorando y/o Resolución) para la Plataforma de Atención al lacario (PALIS). |