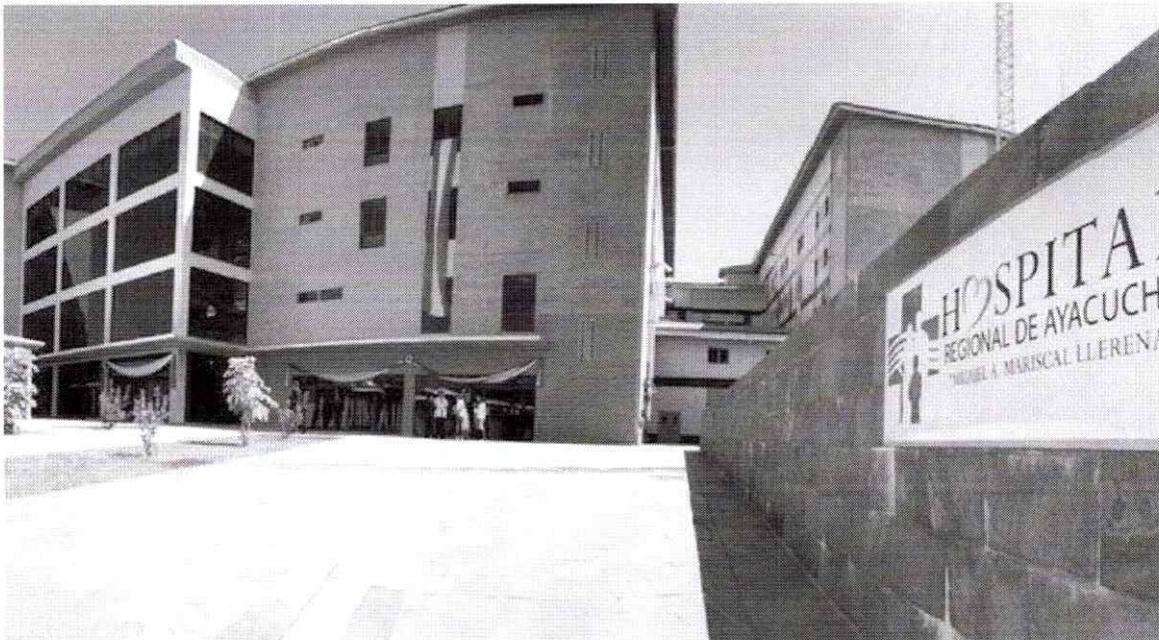


GOBIERNO REGIONAL DE AYACUCHO
DIRECCION REGIONAL DE SALUD DE
AYACUCHO
HOSPITAL REGIONAL "MAMLL" DE
AYACUCHO



PLAN ANUAL DE GESTION
DE LA CALIDAD 2025



PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD 2025

“MIGUEL ÁNGEL MARISCAL LLERENA”

MC. JIMMY HOMERO ANGO BEDRIÑANA

Director Ejecutivo

ECON. ALME OBREGON VALENZUELA

Director de la Oficina de Planeamiento y Presupuesto

LIC ADM JUSTO CHAVEZ GUILLEN

Director de la Oficina de Administración



Elaborado por:

MC. Jackelyn Vásquez Meléndez

Unidad de Gestión de la Calidad

INDICE

INTRODUCCION

El Hospital Regional de Ayacucho es una institución de nivel II-2, que presta atención a la región de Ayacucho y apoya a 4 regiones, como Cusco, Apurímac, Junín, Huancavelica.

El acceso a los servicios de salud y la cobertura en salud son probablemente los grandes desafíos del sector salud, ya que cada vez hay mayor saturación de ellos y la cobertura universal de seguros en salud, demandan muchas veces atenciones sin buenas filtraciones; 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 entrega 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 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 2025.



1. FINALIDAD

Establecer acciones para implementar el sistema de gestión de calidad, que se brindan en los diferentes servicios del Hospital Regional de Ayacucho.

2. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Reforzar la calidad de la atención en salud y mejora continua, mediante el sistema de gestión de la calidad del Hospital Regional de Ayacucho.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 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.
- Facilitar la implementación de la seguridad del paciente, como rondas de seguridad, cirugía segura, reporte de eventos adversos, lavado de manos, entre otros.
- Asesorar en los procesos de auditoría médica y auditoría en salud.
- Facilitar la orientación a los usuarios externos dentro del Hospital, así como la gestión de los reclamos.
- Evaluar los tiempos de espera en Consultorios externos



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 N° 26842, Ley General de Salud.
2. Ley N° 27815, Ley del Código de ética de la Función Pública.
3. Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.
4. Ley N° 29414, Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud.
5. Decreto Supremo N° 016-2002-SA, que aprueba el Reglamento de la Ley N° 27604, que modifica la Ley General de Salud N° 26842.
6. Decreto Supremo N° 01-2006-sa, que aprueba el "Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".
7. Decreto Supremo N° 008-2010, Reglamento de la Ley 29344.
8. 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".
9. Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, que aprueba el documento Técnico: Sistema de la Gestión de la Calidad en Salud.
10. 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".
11. Política Nacional de Calidad en Salud R.M. N° 727-2009/MINSA
12. Resolución Ministerial N° 308-2010/MINSA, Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.
13. Resolución Ministerial N° 1021-2010/MINSA, Guía Técnica para la Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.
14. Resolución Ministerial N° 527-2011/MINSA., Satisfacción del Usuario Externo.
15. 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.
16. Resolución Ministerial N° 168-2015/MINSA, Lineamientos para la Vigilancia, Prevención y Control de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud.
17. 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.
18. Resolución Ministerial N° 414-2015/MINSA, Documento Técnico: Metodología para la elaboración de Guías de Práctica Clínica.
19. Resolución Ministerial N° 168-2015/MINSA, Documento Técnico Lineamientos Para la Vigilancia, Prevención y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud.
20. Resolución Ministerial N° 255-2016/MINSA, Guía Técnica Para la Implementación del Proceso de Higiene de Manos en los Establecimientos de Salud.



21. Resolución Ministerial N° 502-2016/MINSA, Norma Técnica N° 019-MINSA/DIGEPRES V.02 "Norma Técnica de la Salud de la Auditoría de la Atención en Salud".
22. Resolución Ministerial N° 214-2018/MINSA, Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica.
23. Decreto Supremo N°002-2019-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.
24. Directiva Sanitaria N° 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

ACREDITACIÓN: Proceso de evaluación externa, periódico, basado en la comparación del desempeño del prestador de salud con una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar, formulados y conocidos por los actores de la atención de salud, y que está orientado a promover acciones de mejoramiento continuo de la calidad de atención y el desarrollo de las unidades productoras de servicios en un establecimiento de salud o servicio médico de apoyo.

AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD: Es el procedimiento sistemático y continuo de evaluación del cumplimiento, por los profesionales de la salud a los usuarios de manera individual, y que tiene como finalidad fundamental la búsqueda de la mejora continua de las atenciones. La auditoría de la calidad de atención de la salud, en ninguna modalidad o tipo, tiene motivaciones o fines punitivos.

CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD: Provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de los pacientes.



EVENTO ADVERSO: Es una lesión o resultado indeseado, no intencional, en la salud del paciente, directamente asociado con la atención de salud. Puede ser causado por errores o por la imprevisible reacción del organismo del paciente.

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.

MEJORA CONTINUA: Actividad recurrente para aumentar la capacidad de cumplimiento de los estándares del sistema de gestión de la calidad con la finalidad de aumentar la satisfacción de los pacientes.



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 calidad es un derecho consagrado por la legislación nacional e internacional.

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

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.

RIESGO: Combinación de la probabilidad de que se produzca un evento y sus consecuencias negativas, sujeto a la ocurrencia de lo considerado como amenaza o vulnerabilidad. Los factores que componen la vulnerabilidad son la exposición, la susceptibilidad y la resiliencia. La amenaza se determina en función de la intensidad y la frecuencia.



SATISFACCIÓN DEL USUARIO EXTERNO: Grado de cumplimiento por parte de la organización de salud, respecto a las expectativas y percepciones del usuario en relación a los servicios que esta le ofrece.

SEGURIDAD DEL PACIENTE: ausencia de un daño innecesario, real o potencial, asociado a la atención sanitaria. Comprende un conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que pretenden minimizar el riesgo

de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o mitigar sus consecuencias.

SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD: Es el conjunto de elementos interrelacionados que contribuyen a conducir, regular, brindar asistencia técnica y evaluar a los establecimientos de salud del sector y a sus dependencias públicas y privadas a nivel nacional, regional y local, en lo relativo a la calidad de atención y de la gestión.

USUARIO EXTERNO: persona que acude a un establecimiento de salud para recibir una atención de salud de manera continua y con calidad, en el contexto de familia y comunidad

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.
 - 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 Metodología de la Evaluación de la satisfacción del usuario externo en los establecimientos de salud.
 - Capacitación en deberes y derechos al usuario interno y externo; así como la facilitación del libro de reclamaciones.
- b) Mejorar la Gestión Institucional.
- Elaboración del Plan de Gestión de la Calidad en Salud por Establecimiento de Salud
 - Implementación de la metodología para elaboración del mejoramiento continuo de la calidad en salud.



- Implementación de la Autoevaluación del Proceso de Acreditación.
- Implementación del Plan Cero colas.

El detallado de las actividades se encuentra en el Anexo 01

5.3. Capacidad operativa

- **Recurso Humano:**

En la Unidad de Gestión de Calidad, se cuenta con 10 personales nombrados, 7 CAS y 2 locadores de servicios.

PROFESIONAL	TOTAL
Seguridad del paciente	1
Auditoría en salud	1
Acreditación	1
Proyectos de mejora	1
Evaluación de atención de calidad de los servicios a los usuarios	1
Apoyo administrativo	1
Ejecución de atención al usuario como modelo de calidad	8
Orientación al usuario	5
TOTAL	19

- **Equipamiento:**

Cuenta con una oficina central con 7 escritorios, 7 sillas y 7 PCs cercanas a la puerta 4 del Hospital. Además de un módulo de atención ubicado en el Hall de consultorio externo, que cuenta con 05 PCs y 2 teléfonos y otro en la emergencia, donde se tienen 1 PC y 1 teléfono.



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 Bendezú.
- 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 Plan cero colas: Obsta Elizabeth García Ccente.

6.6. Coordinadora del Libro de Reclamaciones: Obsta. Indira Quispe Montero

7. INDICADORES:

En la Unidad de Gestión de la Calidad se ha tomado realizar varios indicadores, que se encuentran detallados en el Anexo 01.

Además de realizar una presentación final de 6 indicadores con promedios y reconocer a los departamentos que hayan alcanzado más puntaje dentro de cada indicador y el mejor puntaje en el promedio de los 6 indicadores. En el año 2024, se obtuvo los siguientes promedios.

DEP//SER//UNI	AUDITORIA	RONDAS	AUTOEVAL	PROY MEJORA	NO RECLAMOS	SATISFAC	PROM
PEDIATRIA	69.6	79.3	87	91.5	97.1	46	78.4
NEONATOL	78.6	76.3	87	80	97.1	46	77.5
GINECO	71.4	72.6	72.2	80	98.5	46	73.5
TRAUMATO	63.2	79.7	83.3	76.5	86	46	72.5
CX ESPECIAL	57.2	71.6	83.3	80	92.6	46	71.8
CIRUGIA	64.2	72.6	83.3	80	84	46	71.7
CX PEDIATRICA	49.9	71.6	83.3	80	92.6	46	70.6
MEDICINA	52.5	72.6	73.2	70	95.6	46	68.3
MED. ESPECIAL	61.5	72.6	64.8	80	84	46	68.2
CENTRO QX	55.6	71.6	69.2	60	100	46	67.1
EMERGENCIA	69.7	63.6	81.9	60	82.4	25	63.8
SALUD PUBLICA	64.8	72.6	85	0	100	30	58.7
SALUD MENTAL	70.1	72.6	80	0	97.1	30	58.3
LABORATORIO	60.4	72.6	72.7	0	97.1	30	55.5
DX POR IMAG	60.4	72.6	77.3	0	88.2	30	54.8
ODONTO	64.8	72.6	62.5	0	97.1	30	54.5
UFO	56.9	72.6	65	0	100	30	54.1
MED FIS	65.6	72.6	52.5	0	95.6	30	52.7



Esperando la mejora de todos para el año 2025.

8. ANEXOS

ANEXO 01: MATRIZ DE ACTIVIDADES DEL PLAN DE GESTION DE LA CALIDAD EN SALUD-HRA 2025

Planificación

ACTIVIDAD

01. Elaboración del Plan de Gestión de la Calidad en Salud del HRA

TAREAS	RESULTADO	META	RESPONSABLE	INDICADOR	BAS AL	OBJ 2025
TAREA N° 1: Elaboración del Plan de Gestión de la Calidad del Hospital Regional de Ayacucho	Plan aprobado RD	1	Unidad de Gestión de Calidad	Porcentaje de implementación	89%	94%
TAREA N° 2: Evaluación del Plan Anual de Gestión de la Calidad del Hospital Regional de Ayacucho	Informe de evaluación	2	Unidad de Gestión de Calidad			

Garantía/Mejora

ACTIVIDAD

03. Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía en centros quirúrgicos de HRA

TAREAS	RESULTADO	META	RESPONSABLE	INDICADOR	BAS AL	OBJ 2025
TAREA N° 1: Capacitación y/o Actualización de la R.M.N° 308-2010/MINSA Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía en centro quirúrgico	Informe Emitidos	1	Equipo conductor de Cirugía Segura (ECCS)	Porcentaje de historias clínicas con la encuesta de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía	75%	80%
TAREA N° 2: Monitoreo en la aplicación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía en HRA	informe Emitidos	4	Unidad de Gestión de Calidad ECCS			
TAREA N° 3: Supervisión en la aplicación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía en HRA	informe Emitidos	2	Unidad de Gestión de Calidad ECCS			

TAREA N° 4: Evaluación en la aplicación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía en HRA

informe Emitidos

2

Unidad de Gestión de Calidad

TAREA N° 5: Entrega de la Encuesta de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía en HRA

informe Emitidos

4

Unidad de Gestión de Calidad

ACTIVIDAD

04. Implementación de Mecanismos para el Registro, Notificación y Análisis de la ocurrencia de incidentes y/o Eventos Adversos en Salud en HRA

TAREAS	RESULTADO	META	RESPONSABLE	INDICADOR	BAS AL	OBJ 2025
TAREA N° 1: Capacitación en la Implementación del Registro, Notificación y Análisis de la Ocurrencia de Eventos Adversos en Salud en HRA	Informe Emitidos	2	Unidad de Gestión de Calidad			
TAREA N° 2: Monitoreo y Supervisión en la Implementación del Registro, Notificación y Análisis de la Ocurrencia de Eventos Adversos en HRA	Informe Emitidos	4	Unidad de Gestión de Calidad	Número de reporte de eventos adversos	365	400
TAREA N° 4: Remisión de Informe en la Implementación del Registro, Notificación y Análisis de la Ocurrencia de Eventos Adversos en HRA	Informe Emitidos	4	Unidad de Gestión de Calidad			

ACTIVIDAD

05. Implementación de la Auditoría de la Calidad de Atención en Salud en HRA

TAREAS	RESULTADO	META	RESPONSABLE	INDICADOR	BAS AL	OBJ 2025
TAREA N° 1: Capacitación y/o Actualización de la R. M. N° 502-2016-MINSA Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud en Hopsital Regional de Ayacucho	Informe	1	Unidad de Gestión de Calidad	Porcentaje de cumplimiento de registro de auditoría en emergencia	65%	70%

PLAN DE GESTION DE LA CALIDAD 2025

TAREA N° 2: Presentación de Planes de Auditoría HRA..

Plan aprobado RD

1

Unidad de Gestión de Calidad Comité de auditoría

TAREA N°3: Conformación y/o Actualización del Comité de Auditoría CAM y CAS del HRA.

Informe aprobado con RD

1

Unidad de Gestión de Calidad

TAREA N° 4: Monitoreo de las auditorías del Comité de Salud (CAS) HRA

Informe

4

Unidad de Gestión de Calidad Comité de auditoría

Porcentaje de cumplimiento de registro de auditoría en consultorios externos

55%

60%

TAREA N° 5: Monitoreo de las auditorías del Comité de Auditoría Médica (CAM) HRA

Informe

2

Unidad de Gestión de Calidad Comité de auditoría

TAREA N° 6: Supervisión de Auditorías del CAS y CAM HRA

Informe

1

Unidad de Gestión de Calidad

TAREA N° 7: Evaluación de las auditorías del Comité de Auditoría Médica (CAM) y Comité de Auditoría en Salud (CAS), HRA

Informe

1

Unidad de Gestión de Calidad

Porcentaje de cumplimiento de registro de auditoría en hospitalización

70%

75%

TAREA N° 8: Remisión de Informe de Establecimientos de Salud categoría HRA

Informe Emitidos

1

Unidad de Gestión de Calidad

ACTIVIDAD

06. Implementación de la metodología para elaboración del mejoramiento continuo de la calidad en salud.

TAREAS	RESULTADO	META	RESPONSABLE	INDICADOR	BAS AL	OBJ 2025
TAREA N° 1: Capacitación y/o Actualización en la R.M.N° 095-20212/MINSA Elaboración de Proyectos de Mejora y la Aplicación de Técnicas y Herramientas para la Gestión de la Calidad, Hospital Regional de Ayacucho	Informe	2	Unidad de Gestión de Calidad			
TAREA N° 2: Socialización en base a la problemática identificada referente a las líneas de acción del Sistema de Gestión de la Calidad y las prioridades sanitarias regionales identificadas en el HRA	Informe	4	Unidad de Gestión de Calidad	Número de proyectos institucionalizados	3	5
TAREA N° 3: Presentación de PMCC referente a las líneas de acción del Sistema de Gestión de la Calidad y las prioridades sanitarias regionales identificadas en el HRA	Informe	2	Unidad de Gestión de Calidad			

ACTIVIDAD

07. Implementación del proceso de higiene de manos en HRA

TAREAS	RESULTADO	META	RESPONSABLE	INDICADOR	BAS AL	OBJ 2025
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 la Higiene de Manos, en el HRA	Informe Emitidos	1	Unidad de Gestión de Calidad			
TAREA N° 2: Monitoreo en la Implementación de los Lineamientos para la adherencia a la higiene de manos en el HRA	Informe Emitidos	4	Unidad de Gestión de Calidad Departamento de Enfermería Unidad de Epidemiología			
TAREA N°3: Supervisión en la Implementación de los Lineamientos para la adherencia a la higiene de manos en el HRA	Informe Emitidos	4	Unidad de Gestión de Calidad Departamento de Enfermería Unidad de Epidemiología	Porcentaje de adherencia a la higiene de manos	63%	70%
TAREA N° 4: Evaluación en la Implementación de los Lineamientos para la adherencia a la higiene de manos en el HRA	Informe Emitidos	1	Unidad de Gestión de Calidad Departamento de Enfermería Unidad de Epidemiología			
TAREA N° 5: Remitir Oficio a la Unidad de Gestión de la Calidad de la DIRESA, de la Adherencia de Higiene de Manos en relación a la actividad realizada en el HRA	Informe Emitidos	4	Unidad de Gestión de Calidad			
TAREA N° 6: Realizar Actividad por el Día Mundial de la Higiene de Manos 05 de mayo en IPRESS categoría II-E, II-1 y II-2						
TAREA N° 7: Presentación de Planes Anuales de Higiene de Manos en los Hospitales de la región	Informe aprobado con RD	1	Unidad de Gestión de Calidad			
TAREA N° 8: Remitir Oficio a la Unidad de Gestión de la Calidad de la DIRESA, en relación a la actividad realizada	Informe Emitidos	1	Unidad de Gestión de Calidad			

ACTIVIDAD

08. Implementación de la Directiva Sanitaria de Rondas de Seguridad del Paciente para la gestión del riesgo en la gestión de salud.

TAREAS	RESULTADO	META	RESPONSABLE	INDICADOR	BAS AL	OBJ 2025
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 de la salud, en el HRA	Informe Emitidos	2	Unidad de Gestión de Calidad	Porcentaje de evaluación	82%	70%
TAREA N° 2: Conformación del Equipo de Rondas de Seguridad del paciente en el HRA	Aprobado RD	1	Unidad de Gestión de Calidad Dirección Ejecutiva			
TAREA N° 3: Remisión del Cronograma de Actividades en la Implementación de las Rondas de Seguridad del Paciente en el HRA	Plan aprobado RD	1	Unidad de Gestión de Calidad Dirección Ejecutiva			
TAREA N° 4: Monitoreo en la Implementación Rondas de Seguridad del Paciente, en el HRA	Informe Emitidos	12	Unidad de Gestión de Calidad Equipo de Rondas	Porcentaje de cumplimiento de buenas prácticas	84%	70%
TAREA N° 5: Supervisión en la Implementación de las Rondas de Seguridad del Paciente, en el HRA	Informe Emitidos	6	Unidad de Gestión de Calidad Equipo de Rondas			
TAREA N° 6: Evaluación en la Implementación de las Rondas de Seguridad del Paciente, en el HRA	Informe Emitidos	1	Unidad de Gestión de Calidad			
TAREA N° 7: Informe de aplicación de las Rondas de Seguridad del Paciente, del HRA	Informe Emitidos	2	Unidad de Gestión de Calidad Equipo de Rondas	Porcentaje de implementación	52%	50%

ACTIVIDAD

09. Implementación de la Autoevaluación del Proceso de Acreditación del HRA

TAREAS	RESULTADO	META	RESPONSABLE	INDICADOR	BAS AL	OBJ 2025
--------	-----------	------	-------------	-----------	--------	----------

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 Técnica del Evaluador para la Acreditación de establecimientos de salud y Servicios Médico de Apoyo", como guía de referencia Nacional en los EE SS Públicos y privados del sector que pertenecen a los niveles I y II y la categoría III 1 en el ámbito nacional incluyendo a los servicios prestados por terceros , **en el HRA**

TAREA N° 2: Conformación del equipo de Acreditación y equipo de Evaluadores Internos, **en el HRA**

TAREA N° 3: Remisión de Plan de Autoevaluación, en el HRA

TAREA N° 4: Documento de Comunicación de Inicio de Autoevaluación 2022, en el HRA

TAREA N° 5: Informe Técnico Final de Autoevaluación 2024 de la Micro red a la red de salud, en el HRA

Informe Emitidos	1	Unidad de Gestión de Calidad			
Resolución Directoral	1	Unidad de Gestión de Calidad Dirección Ejecutiva	Porcentaje de cumplimiento de estándares de acreditación	73%	78%
Resolución Directoral	1	Unidad de Gestión de Calidad Equipo de Acreditadores			
Oficios emitidos/Informe Emitidos	1	Dirección Ejecutiva			
Informe Emitidos	1	Unidad de Gestión de Calidad Equipo de Autoevaluadores			

COMPONENTE: INFORMACION PARA LA CALIDAD

ACTIVIDAD

10. Implementación de la Metodología de la Evaluación de la satisfacción del usuario externo en el HRA

TAREAS	RESULTADO	META	RESPONSABLE	INDICADOR	BAS AL	OBJ 2025
TAREA N° 1: capacitación en la R.M. N° 527-2011/MINSA Guía técnica para la Evaluación de la Satisfacción del Usuario Externo en los Establecimientos de Salud y servicio Médico de Apoyo en Hospitales de la región II-1, II-E y II-2	Informe	1	Unidad de Gestión de Calidad	Porcentaje de satisfacción del usuario en consultorio externo	30%	35%

TAREA N° 2: Encuesta de satisfacción del usuario externo en UPSS Consulta Externa

Informe **1** Encuestadores

TAREA N° 3: Encuesta de satisfacción del usuario externo en la UPSS Hospitalización

Informe **1** Encuestadores

Porcentaje de satisfacción del usuario en hospitalización 45% 48%

TAREA N° 4: Encuesta de satisfacción del usuario externo en la UPSS Emergencia

Informe **1** Encuestadores

Porcentaje de satisfacción del usuario en Emergencia 25% 30%

ACTIVIDAD

11. Día Nacional de la Salud y el Buen Trato al Paciente 13 de Agosto, HRA

TAREAS	RESULTADO	META	RESPONSABLE	INDICADOR	BASAL	OBJ 2025
TAREA N° 1: Presentación de Planes Anuales en relación al Día Nacional y el Buen trato al paciente	Informe	1	Plataforma Atención al Usuario	Porcentaje de satisfacción de buen trato (hospi pers enferm)	42%	45%
TAREA N° 2: Remitir Oficio a la Unidad de Gestión de la Calidad de la DIRESA, en relación a la actividad realizada	Informe	1	Plataforma Atención al Usuario			

ACTIVIDAD

12. Día Mundial de la Seguridad del paciente 17 de setiembre en IPRESS Categoría II-2

TAREAS	RESULTADO	META	RESPONSABLE
TAREA N° 1: Presentación de Planes Anuales por el Día Mundial de la Seguridad del Paciente	Informe aprobado con RD	1	Unidad de Gestión de Calidad
TAREA N° 2: Remitir Oficio a la Unidad de Gestión de la Calidad de la DIRESA, en relación a la actividad realizada	Informe Emitidos	1	Unidad de Gestión de Calidad

ACTIVIDAD

13. Ejecución del Libro de Reclamaciones HRA

TAREAS	RESULTADO	META	RESPONSABLE	INDICADOR	BASAL	OBJ 2025
TAREA N° 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	Informe	6	Plataforma Atención al Usuario			
TAREA N° 2: Disponer del Libro de Reclamaciones.	Operatividad del Libro de Reclamaciones	12	Plataforma Atención al Usuario	Número de reclamos registrados en el libro de reclamaciones	156	151 (Reducir 5%)
TAREA N° 3: Sensibilizar a la población los derechos y deberes de los usuarios.	Informe	2	Plataforma Atención al Usuario			
TAREA N° 4: Remitir Informe de los Reclamos a su Red de Salud.	Informe	2	Unidad de Gestión de Calidad			

ACTIVIDAD

14. Implementación de la Plataforma de Atención al Usuario (PAUS), HRA

TAREAS	RESULTADO	META	RESPONSABLE	INDICADOR	BASAL	OBJ 2025
TAREA N° 1: Disponer de un ambiente para la Plataforma de Atención al Usuario (PAUS).	Informe	1	Plataforma Atención al Usuario	porcentaje de satisfacción en la percepción de información recibida (hosp)	38%	41%
TAREA N° 2: Asignar a un responsable con documento (Memorando y/o Resolución) para la Plataforma de Atención al Usuario (PAUS).	Informe	1	Unidad de Gestión de Calidad	porcentaje de satisfacción con usuarios atendidos en privacidad (hosp)	54%	57%