

PLAN ANUAL DE GESTION DE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD



UNGETS MARISCAL CÁCERES

JUANJUI-2025



DIRECCIÓN EJECUTIVA DE SALUD – MARISCAL CÁCERES



LIC. PSIC. ERIKA MILUSKA ARÉVALO AMASIFUEN

Directora de Gestión Prestacional de OGESS-HC-Mariscal Cáceres



OBST. NARITHA RUIZ MORI

Responsable de Gestión Sanitaria de OGESS-HC-Mariscal Cáceres



LIC. ENF. DORIS THALIA ESPINOZA TUANAMA

Coordinadora de Gestión de Calidad de OGESS-HC-Mariscal Cáceres

I. INTRODUCCIÓN



La calidad de la atención en salud consiste en la aplicación de la ciencia y la tecnología médicas en una forma que maximice los beneficios para la salud, sin aumentar en forma proporcional los riesgos. Es multidimensional, siendo el desempeño técnico, el acceso a los servicios, la efectividad de la atención, la eficiencia de la entrega de servicios, las relaciones interpersonales, la continuidad de los servicios, la seguridad, la elección, la infraestructura física y la comodidad, las dimensiones que se deben hallar presentes en toda atención de salud brindada al paciente.



La Política Nacional de Calidad en Salud señala, entre otras, que los proveedores de atención de salud asumen la responsabilidad del cumplimiento de normas y estándares de infraestructura, equipamiento, aprovisionamiento de insumos, procesos y resultados de atención; la implementación de mecanismos para la gestión de riesgos derivados de la atención de salud, la protección de los derechos de los usuarios, se vele por un trato digno, con el enfoque de interculturalidad, de género y se facilite el ejercicio de la vigilancia ciudadana en salud; asimismo, se implementen sistemas y procesos organizacionales orientados al desarrollo de una cultura centrada en las personas y hacer de la mejora continua su tarea central.



El Ministerio de Salud en el marco de sus funciones rectoras y específicas, busca mejorar el estado de salud de la población en el país a través, de la articulación del Sistema Nacional de Salud, para lo cual con las IPRESS vienen desplegando acciones en búsqueda de la mejora de la calidad de atención de los servicios de salud. Es importante tener presente que la gestión de la calidad en salud va más allá de mejorar los procesos, se requiere liderazgo de los decisores, trabajo en equipo, gestión basada en procesos y sobre todo con rostro humano.

El objetivo de la Política Nacional de Calidad es contribuir a la mejora de la competitividad de la producción y comercialización de bienes y/o servicios, coadyuvando a que las personas tengan una mejor calidad de vida y al desarrollo sostenible, a través de la orientación y articulación de acciones vinculadas al desarrollo, promoción y demostración de la calidad. En

ese sentido, los servicios de salud no aplican el principio de producción y comercialización de bienes, sin embargo, deben darle mayor énfasis a la mejora de la calidad de los servicios.

La mejora en la prestación de los servicios de salud es uno de los principales objetivos del sistema de salud, en alcanzar el mejor nivel posible (el sistema debe ser bueno), procurando que existen menores diferencias posibles entre las personas y los grupos (es decir el sistema debe ser equitativo). En este sentido un sistema de salud es bueno si responde bien a lo que la gente espera de él, y es equitativo si responde igualmente bien a todos, sin discriminación.

El Decreto Supremo N° 046-2014-PCM aprueba la Política Nacional para la Calidad, como una herramienta de política pública fundamental para guiar de manera clara y con visión de largo plazo la implementación, desarrollo y gestión de la infraestructura de la calidad en el Perú. Se sustenta en los siguientes principios: articulación y coordinación, transparencia, sostenibilidad, eficiencia y eficacia, enfoque orientado al ciudadano, imparcialidad y equidad, armonización y no obstaculización comercial.

La capacidad de respuesta es más que un indicador de la forma en que el sistema responde a las necesidades en materia de salud, que se refleja en resultados sanitarios, sino que comprende el desempeño del sistema en relación con aspectos de la atención oportuna, dignidad, comunicación, autonomía, confidencialidad de la información entre otros atributos de la calidad en la atención que establece el Sistema de Gestión de la Calidad en salud cuyo desarrollo viene impulsando el Ministerio de Salud, la Dirección Regional de Salud de San Martín y la Red de Salud de Mariscal Cáceres.

II. JUSTIFICACIÓN

La Dirección Regional de Salud San Martín viene implementando el Sistema de Gestión de la Calidad en salud en cumplimiento a las normas establecidas por el órgano rector que es el Ministerio de Salud y en un marco de descentralización del país, nos corresponde establecer criterios mínimos de desempeño que permitan garantizar la calidad de las prestaciones en los establecimientos de salud del ámbito de nuestra Red de Mariscal Cáceres.

En el marco del "Sistema de Gestión de Calidad en Salud" vigente en nuestro país, siendo muy importante orientar nuestro esfuerzo a satisfacer las expectativas del usuario, sabiéndose además con evidencias técnico científicas de las repercusiones económicas y en la salud de los pacientes son plenamente favorables.

La Gestión actual se ha planteado dentro de sus objetivos mejorar la calidad de atención. Esto Constituye un reto, que implica responder ante las necesidades y expectativas de nuestro ciudadano teniendo en cuenta que tiene "Derecho a la Salud con Calidad".

Por esta razón resulta necesario la elaboración e implementación de un Plan Anual de Gestión de la Calidad, que permita a través de un conjunto de actividades operativizar el desarrollo del sistema de gestión de la calidad en cada una de los establecimientos de Salud con la atención de salud de la población, contribuyendo a generar una cultura de calidad, que promueva un aprendizaje compartido y permanente para la mejora, incorporando en estos esfuerzos a los usuarios para la vigilancia de la calidad de los servicios, posicionando a esta como un Derecho a la Salud.

III. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

En la actualidad la Gestión de Calidad es un eje muy fuerte ya que la región ha incluido como estrategia mejorar la satisfacción del usuario externo e interno mediante la aplicación de la Metodología de Mejora del Desempeño y la organización de los servicios en la mejora continua de la calidad de los servicios de salud en la región. También somos conscientes que este es un proceso lento pero gradual de mejoras y oportunidades a lograr.

En los servicios de salud desde el 2012, con mayor impulso se ha implementado la aplicación de la Metodología de Mejora del Desempeño en los diferentes servicios materno, niño, farmacia, laboratorio, emergencia. Lo cual está orientado a convertirse en un foco de generación de competencias para el personal de los servicios de atención al niño y mujer prioritariamente.

En el Componente de Garantía y Mejora se han venido implementando una serie de procesos, entre ellos se ha dado especial énfasis en:

- **Autoevaluación y Mejora:** se han desarrollado metodologías e instrumentos que permita la identificación de oportunidades de mejora en la atención y la elaboración e implementación de Proyectos de Mejora Continua.
- **Auditoria de la Calidad de Atención en Salud:** actualmente se cuenta con una Norma Técnica que viene siendo implementada con la participación de los representantes de los sub sectores público y privado de Salud, Colegios profesionales, entidades financiadoras y otros interesados. En el corto plazo se actualizará la norma vigente incorporando los procesos de auditoria en otras especialidades relacionadas a la atención en salud.
- **Seguridad del Paciente:** se cuenta y viene implementándose el Plan Nacional para la Seguridad del Paciente que incluye la conformación del Comité y la elaboración y desarrollo de los Planes Hospitalarios, orientado a la identificación y análisis de eventos adversos, que generen intervenciones de mejora con la participación de los involucrados. A fin de consolidar un esfuerzo conjunto con los diferentes actores del sector salud se firmará la Declaración por la Seguridad del Paciente en el marco de la Alianza Mundial existente.
- **Medición del Tiempo de Espera:** se viene aplicando diversos instrumentos que permiten registrar los tiempos de espera y de atención en los servicios de mayor demanda como son Consulta Externa.
- **Gestión de Quejas y Sugerencias:** se han implementado diversos mecanismos y estrategias para el recojo de Quejas y Sugerencias de los usuarios que les permita desarrollar acciones de mejora de la atención. Existen experiencias puntuales de vigilancia de la calidad de los servicios, donde es la población quien asume esta tarea y conjuntamente con el personal plantea las estrategias de intervención.



- **Encuestas de Satisfacción de Usuarios Externos**, se continúa aplicando diversos tipos de encuestas para identificar la satisfacción de los usuarios externos.

El desarrollo de los procesos antes señalados viene teniendo niveles diferentes de avance en los trabajadores, del empoderamiento de los usuarios para ejercer su derecho y de entidades que han venido apoyando de alguna forma estos esfuerzos.

Queda aún como reto a enfrentar: la generación de una cultura de trabajo por la calidad en las organizaciones de salud; número suficiente de profesionales para la conducción del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud; la codificación de todas las actividades del Sistema de Gestión de la Calidad en el sistema de información HIS; espacios que permitan la coordinación, concertación y participación directa de Calidad en Salud de aquellas propuestas normativas orientadas a mejorar la calidad de los servicios, la información de los resultados obtenidos en la aplicación de estándares para la toma de decisiones.

Por lo tanto, se requiere introducir nuevas estrategias para generar un cambio real, de trascendencia en la cultura organizacional de los Establecimientos de Salud, que conlleve a mejoras en la calidad de atención, percibida por los usuarios. Para ello será importante el compromiso de los niveles de decisión política, del personal, y los usuarios externos en las acciones de mejora de la calidad de la atención que se emprendan.

IV. OBJETIVOS

4.1. OBJETIVO GENERAL

Mejorar continuamente la calidad de los servicios, recursos humanos y tecnológicos en los servicios mediante el desarrollo de una cultura de calidad sensible a las necesidades y expectativas de los usuarios externo e interno.



4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Fortalecer la aplicación del componente de garantía y Mejora del Sistema de Gestión de la Calidad.
- Fortalecer la organización que permita el desarrollo de procesos de mejora continua de la Calidad.
- Fortalecer las capacidades en buenas prácticas en atención en salud.
- Fomentar una cultura de calidad en todos los servicios de salud.
- Garantizar la Calidad en los servicios promoviendo el cumplimiento de los estándares de calidad establecidos en el marco de la Acreditación de las IPRESS de la Red Mariscal Cáceres.
- Fortalecer los procesos de monitoreo y evaluación de los indicadores de calidad y seguridad, así como la aplicación de los instrumentos de la Gestión de Calidad y mejora continua de la atención en las IPRESS según niveles de atención y complejidad de la Red Mariscal Cáceres.

BASE LEGAL

- Ley N° 26842 – Ley General de Salud.
- Ley N° 27657 – Ley del Ministerio de Salud.
- Ley N° 27815 – Ley del Código de Ética de la Función Pública.
- Decreto Supremo N° 023-2005-SA- Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- Resolución Ministerial N° 474-2005/MINSA – Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud.
- Resolución Ministerial N° 041-2005/MINSA – Directiva para el funcionamiento del equipo de gestión de la calidad en las Direcciones de Salud.
- Resolución Ministerial N° 143 – 2006/MINSA – Comité Técnico para la Seguridad del Paciente.
- RM N° 727-2009/MINSA que aprueba la Política Nacional de Calidad en Salud.
- RM N° 519-2006/MINSA que aprueba el Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud."

- RM N° 095-2012/MINSA que aprueba la Guía Técnica para la elaboración de proyectos de mejora y la aplicación de técnicas y herramientas de gestión de la calidad.
- RM N° 889-2007/MINSA Directiva Administrativa para el proceso de auditoría de caso de la calidad de la atención en salud.
- RM N° 456-2007/MINSA que aprueba la Norma Técnica de Salud para la acreditación de establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- RM N° 308-2010/MINSA que aprueba la lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía
- RM N° 1021-2010/MINSA Guía Técnica de Implementación de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía.
- RM N° 168-2015/MINSA que aprueba el Documento Técnico: "Lineamiento para la Vigilancia, prevención y control de las infecciones asociadas a la atención en salud.
- R.M. N° 527-2011/MINSA que aprueba la Guía Técnica para la Evaluación de la Satisfacción del Usuario Externo en los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.



VI. ESTRATEGIAS DE INTERVENCIONES

Las estrategias para implementar el Plan Anual de Gestión de la Calidad de los Servicios de Salud, son las siguientes:

- Generar compromisos por la calidad para la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en los diferentes niveles.
- Involucrar a todos los colaboradores en la implementación de la cultura de calidad, a través de la identificación y uso de procesos, herramientas y técnicas necesarias para la mejora continua de la calidad y trato humanizado en salud.
- Desarrollar mecanismos participativos y multidisciplinarios que problematicen lo cotidiano y logren cambiar la cultura organizacional, generando en el personal un sentido de empoderamiento y pertenencia ante los logros obtenidos.
- Involucrar a los usuarios externos en el proceso de mejora continua de la calidad de los servicios de salud y en la vigilancia de la calidad de los servicios de salud.

- Promover la investigación operativa que apoye la toma óptima de decisiones en los servicios, y la planificación de sus actividades para el mejoramiento continuo.
- Generar una base de datos específica sobre el desempeño de los servicios de salud, la satisfacción de los usuarios entre otros que podrá ser consultada por funcionarios, el sector académico y el público en general.
- Establecer mecanismos de incentivos para el personal de salud, que recompense el mejor desempeño del establecimiento.



VII. ORGANIZACIÓN

En el Equipo de Gestión de Calidad de la UNGETS Mariscal Cáceres se encuentra incluido:

- La Dirección de la OGESS-Huallaga Central
- Dirección de Gestión Sanitaria de la OGESS-HC
- Dirección de Gestión Prestacional de la OGESS-HC
- La Dirección de la UNGETS Mariscal Cáceres
- El Responsable de Servicios de Salud de la UNGETS MC
- La Coordinadora de Gestión de Calidad de la UNGETS MC
- La Coordinadora de Materno de la UNGETS MC
- Director de Hospital.
- Jefes de Micro redes.

El número y la designación de los integrantes del Equipo de Gestión de Calidad se fijarán de acuerdo a las actividades programadas.



VIII. FUNCIONES

- Difundir las Políticas de Calidad en los niveles gerenciales de la Dirección de Red de Salud y su Equipo de Gestión, asegurando el enfoque de calidad en la misión y visión de la institución.
- Proponer a nivel gerencial las medidas necesarias acorde con su rol normativo jurisdiccional que favorezcan y faciliten la gestión de la calidad.
- Brindar asistencia técnica a los Equipos de Calidad de las Micro Redes de Salud, en el planeamiento y desarrollo de las diferentes estrategias, métodos e instrumentos del Sistema de Gestión de Calidad.

- Monitorear, supervisar y evaluar el Plan de Gestión de Calidad incluido en el Plan Operativo Institucional de las Micro Redes de Salud.
- Promover y regular la implementación de mecanismos para la orientación, información, recepción y atención de quejas y sugerencias y otros mecanismos de escucha al usuario.
- Fomentar la elaboración e implementación de proyectos de calidad a través de la difusión constante de la metodología de proyectos de Garantía de la Calidad y Planes de Mejora Continua de la Calidad.
- Disponer de información organizada de Gestión de la Calidad que permita tener permanentemente referencias de la calidad de atención y niveles de satisfacción de los usuarios internos y externos, así como también datos sobre las experiencias exitosas obtenidas en el uso de metodologías para la Mejora Continua de la Calidad.
- Informar a la Dirección Ejecutiva de Red, a la Dirección Regional de Salud, los resultados de la evaluación de los estándares de calidad y los avances del Sistema de Gestión de Calidad.
- Coordinar con la Oficina Ejecutiva de Gestión y Desarrollo de Recursos Humanos sobre la sensibilización y capacitación continua en Calidad para el personal de salud, a fin de mejorar su desempeño en el trabajo y la satisfacción del usuario interno.
- Establecer y determinar un método de trabajo que permita establecer una línea de continuidad para el desarrollo de acciones, programas y proyectos de mejora continua.
- Supervisar y evaluar los procesos de autoevaluación e implementación de la mejora continua, sustentados en la mayor participación, expectativa y madurez que son inherentes a una Cultura de Calidad en Salud de los diferentes niveles de atención.
- Consolidar y evaluar la información sobre la aplicación de dichos procesos en los establecimientos de salud de la jurisdicción de Red y Micro redes de Salud.
- Fomentar la implementación de propuestas de intervención en base a los resultados de Autoevaluación y Medición de la Satisfacción de los Usuarios, en los diferentes niveles.



IX. ÁMBITO DE APLICACIÓN

EL presente Plan tiene como ámbito de aplicación en el Hospital II-E Juanjuí, y establecimientos de salud de la jurisdicción de la UNGETS MARISCAL CACERES.

En estos establecimientos se articula el trabajo de prestación de los servicios de salud siendo estos aspectos claves a impulsar y desarrollar para asegurar una adecuada calidad de atención.



X. COMPONENTES DEL SISTEMA DE GESTIÓN

Según Líneas de acción:

- ✓ **Plan de Gestión de Calidad en Atención (I3, I4 y Hospitales),** presenta 1 plan con resolución de aprobación.
- ✓ **Plan Auditoria de Calidad de Atención (I3, I4 y Hospitales),** comité de auditoría de salud conformado por médico y no médico, comité de auditoría medica conformado por médicos con responsables como presidente, secretario y vocal. Presenta 2 informes.
- ✓ **Plan Proyecto de mejora continua en atención de salud (I3, I4 y Hospitales),** conforma el comité de calidad. Presenta 2 informes.
- ✓ **Plan de Adherencias de lavado de manos en IPRESS (I3, I4 y Hospitales),** conforma el comité de calidad y otros. Presenta 4 informes.
- ✓ **Plan de Acreditación de atención en salud (I3, I4 y Hospitales),** el equipo de evaluación interno está conformado por dos médicos evaluadores, 1 enfermero, 2 evaluadores con experiencia. Presenta 2 informes.
- ✓ **Plan de Satisfacción del usuario externo (I3, I4 y Hospitales),** conforma el comité de calidad y otros. Presenta 2 informes.
- ✓ **Plan de Seguridad de paciente (Hospitales) más comité de seguridad del paciente (Equipo conductor)** conformado por médicos especialistas, medico anestesiólogo, licenciadas enfermería, responsable área calidad, responsable de epidemiología, químico farmacéutico y otros. Presenta 2 informes.
- ✓ **Plan Notificación de eventos adversos de calidad (Hospitales),** dirección con departamento de enfermería, el comité de seguridad del paciente procesa la información define el impacto y asesora a los servicios, elabora proyecto de mejora continua de la calidad. Presenta 4 informes.





- ✓ **Plan de Rondas de seguridad de paciente (Hospitales), conforman equipo de** ronda de seguridad del paciente por: director de IPRESS (líder del equipo), Administrador de IPRESS, Responsable de gestión de calidad (secretaría técnica), responsable epidemiología, responsables de departamentos o servicios, responsable de servicio de enfermería, responsable de farmacia. Responsable de servicios, responsable de enfermería del servicio. Presenta 4 informes.
- ✓ **Información para la Calidad:** instrumentos de medición, mecanismos de atención al usuario.



COMPONENTES	DESCRIPCIÓN
<u>ACREDITACIÓN DE EE. SS Y SERVICIOS MÉDICOS DE APOYO.</u> La acreditación es un proceso de evaluación periódica con la finalidad de promover acciones de mejoramiento continuo de la calidad de atención y el desarrollo armónico de los servicios de un establecimiento de salud; está basada en la comparación del desempeño del prestados de salud con una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar, formulados y conocidos por los actores clave de la atención de la salud; y se enfoca en la evaluación de algunos elementos de estructura, de una amplia gama de procesos y de algunos resultados.	<u>FINALIDAD</u> • Promover la cultura de calidad en todos los establecimientos de salud o servicios médicos de apoyo del ámbito de la Dirección Regional de Salud San Martín a través de los estándares y criterios de evaluación de calidad. • Brindar y alcanzar a los usuarios externos los estándares de calidad para la selección de establecimientos de salud o servicio médico de apoyo, que aspiran por acreditarse.
<u>AUDITORIA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD.</u> La Auditoria de la Calidad de Atención en Salud permite evaluar el Desempeño de los diversos actores en los procesos asistenciales, controlando el cumplimiento de normas y procedimientos establecidos para la atención de salud. La Auditoria tiene como finalidad fortalecer la función gerencial de control, a fin de promover la calidad y la mejora continua en las prestaciones de servicios de salud. Uno de los procesos más importantes de Auditoria de la Calidad en Salud es la Auditoria Médica, entendida como la evaluación de la atención médica prestada, contrastándola con guías de práctica clínica y estándares previamente aceptados, a partir del registro en la Historia Clínica.	<u>FINALIDAD</u> • Mejorar la Calidad de la Atención poniendo mayor énfasis en el desempeño de los profesionales de la salud que brindan atención en los establecimientos de salud de los dos niveles de atención que tiene la DIRES – San Martín para el periodo. • Fortalecer e integrar las funciones generales institucionales para promover la calidad, la mejora continua en la atención de los servicios de salud.

SEGURIDAD DEL PACIENTE

Se define como la reducción y mitigación de actos inseguros dentro del sistema de atención de salud mediante el uso de las mejores prácticas, que aseguren la obtención de óptimos resultados para el paciente. Mejorar la seguridad del paciente requiere de una ardua labor y el involucramiento de todo el personal, ya que requiere de la aplicación de una gama de medidas relativas a la mejora del funcionamiento, la seguridad de entorno y la gestión del riesgo incluidos la lucha contra las infecciones, el uso inocuo de medicamentos, la seguridad del equipo, las prácticas clínicas seguras y un entorno de cuidado sano.

FINALIDAD

- Contribuir a que la atención en el Hospital II-E Juanjuí, sean cada vez más seguros en la atención de los pacientes.

SATISFACCIÓN AL USUARIO EXTERNO

Proceso referido a la valoración de la calidad de la atención en los servicios de salud por el usuario, a través de las principales actividades del proceso de atención. Es la emisión de un juicio de valor que compara los resultados obtenidos con un patrón de referencia (estándares) para constatar la mejora de la atención de la salud a los usuarios que acuden por una atención a una organización de salud.

FINALIDAD

- Contribuir a identificar las principales causas del nivel de insatisfacción del usuario externo, para la implementación de acciones para la mejora continua en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, basados en la satisfacción del usuario externo.

MEJORA CONTINUA

Se entiende por Mejora de la Calidad, al conjunto de acciones que se llevan a cabo para regular y consolidar el desempeño, en forma continua y cíclica, de tal manera que la atención prestada sea lo más efectiva, eficaz y segura posible, orientada siempre a la satisfacción del usuario y en el marco de las normas del Sistema. Estas técnicas pueden ser manejadas por personas con una formación no especializada, lo que ha hecho que sean la base de las estrategias de resolución de problemas en los círculos de calidad y, en general, en los equipos de trabajo conformados para realizar mejoras en actividades y procesos.

FINALIDAD

- Fortalecer las competencias técnicas del personal de salud en el uso de herramientas y técnicas para el mejoramiento continuo de la calidad y la elaboración de proyectos de mejora.

PARTICIPACIÓN CIUDADANA

Conjunto de acciones o iniciativas que pretenden impulsar el desarrollo local y la democracia participativa a través de la integración de actores sociales en la vigilancia de la prestación de servicios de salud. Está basada en varios mecanismos para que la población tenga acceso a las decisiones del sector salud de manera independiente sin necesidad de formar parte de la administración pública o de un partido político.

Los beneficios de la Participación Ciudadana son diversos:

- Aporta el punto de vista de los usuarios/clientes.
- Demuestra un compromiso para mejorar la gestión hospitalaria.
- Ayuda a mejorar la toma de decisiones en todas sus fases.
- Puede evitar serios problemas que afecten al paciente.

FINALIDAD

- Fomentar la participación de los actores sociales, en la mejora de los procesos de atención al paciente.

XI. PRODUCTOS

- 
- 
- 
- Equipo de Calidad de la Red y Micro redes reconocidos (R.D.) con capacidades fortalecidas en los procesos de Mejora Continua de la Calidad.
 - Personal de Salud identifica, elabora e implementa planes de mejora de la calidad de acuerdo al enfoque de la Salud Materno - Infantil, resultados obtenidos de la aplicación de los instrumentos de Medición del Desempeño en base a las Buenas Prácticas.
 - Establecimientos de Salud realizan su autoevaluación de los macro procesos que expresan las oportunidades de mejora priorizados en las micro redes.
 - Elaboración de Proyectos de Mejora continua de la calidad en fase de implementación, desarrollados y ejecutados.
 - Implementación con buzones y/o libros de quejas, que permitan encaminar las posibles soluciones a las quejas y sugerencias.
 - Equipos de Calidad de las Micro redes realizan auditorías de caso que son informadas en forma mensual.
 - Planes de Seguridad del paciente implementados en hospitales nivel II E.

XII. LÍNEAS DE ACCIÓN Y ACTIVIDADES PRINCIPALES

Satisfacción del Usuario Externo.

- 
1. Aplicar la encuesta para medir la satisfacción del usuario externo.
 2. Analizar según establecimientos los resultados encontrados y comparar con los hallazgos anteriores.
 3. Implementar estrategias según niveles para satisfacer las necesidades expuestas.
 4. Diseñar proyectos de mejora continua de la calidad.
 5. Realizar auditorías de caso y de registros.

Cultura de la Calidad.

1. Taller de Calidad en la normativa técnica dirigido a directivos y responsables de Calidad.
2. Socializar con los trabajadores del Hospital II-E Juanjuí, el sistema de gestión de la calidad.
3. Difundir la norma técnica de auditoría de la calidad.

Sistematización de experiencias

1. Propiciar que se impulsen todas las experiencias exitosas.
2. Difundir técnicas de sistematización de experiencias.
3. Facilitar a los responsables de calidad la documentación de experiencias exitosas.
4. Gestionar estímulos para los equipos de Calidad que demuestran experiencias exitosas.



XIII. MONITOREO Y EVALUACIÓN

Para el monitoreo y evaluación de los procesos de mejora de la calidad, se usarán los siguientes indicadores:

- ✓ % de usuarios que refieren satisfacción por los servicios recibidos.
- ✓ % de trabajadores de salud capacitados que aplican las competencias adquiridas para impulsar los procesos de auto evaluación y mejora continua de la calidad.
- ✓ N.º de Establecimientos que difunden los derechos de los usuarios en salud.
- ✓ N.º de establecimientos de salud que cuentan con planes de intervención de la aplicación del instrumento mejoras del desempeño en base a las buenas prácticas.



XIV. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Se detalla en las siguientes tablas:



DIRECCIÓN DE GESTIÓN DE PRESTACIONES - ÁREA GESTIÓN DE CALIDAD

"AÑO DE LA RECUPERACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE LA ECONOMÍA PERUANA"

COMPONENTE: PLANIFICACIÓN PARA LA CALIDAD

CRONOGRAMA



PLAN ANUAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD - 2025



DIRECCIÓN DE GESTIÓN PRESTACIONAL - ÁREA GESTIÓN DE CALIDAD

"AÑO DE LA RECUPERACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE LA ECONOMÍA PERUANA"





1

CRONOGRAMMA

Escaneado con CamScanner

OFICINA DE GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD HUALLAGA CENTRAL

DIRECCIÓN DE GESTIÓN PRESTACIONAL - ÁREA GESTIÓN DE CALIDAD

"AÑO DE LA RECUPERACIÓN Y CONSOLIDADGO DE LA ECONOMÍA PERUANA"

Tarea N° 03 Consolidación de los informes trimestrales remitidos por los hospitales que conforman implementando el sistema de registro y notificación de eventos adversos

conocer los casos más frecuentes de eventos adversos presentados en los hospitales

4

COMPONENTE: GARANTÍA Y MEJORA DE LA CALIDAD

ACTIVIDAD

4. AUDITORIA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

V° B°

RESULTADO

META

ENERO **FEBRE** **MARZO** **ABRIL** **MAYO** **JUNIO** **JULIO** **AGOST** **SETEMB** **OCTUB** **NOVIEMB** **DICIEMB**

Tarea N° 01 Conformación del comité de Auditoría, que cumplen con el perfil establecido según N.T N° 029-MINSA/DGSP-V01.

comité de auditoría regional reconocido con R.D - Red

1

X

Tarea N° 02 Elaboración y aprobación del Plan Anual de la Calidad en Salud.

Documento aprobado

1

X

Tarea N° 03 Reuniones técnicas para evaluar el plan de auditoría de la calidad a nivel de hospital y MRs

Conocer el avance de las actividades del plan de auditoría de la calidad a nivel

2

X

X

X



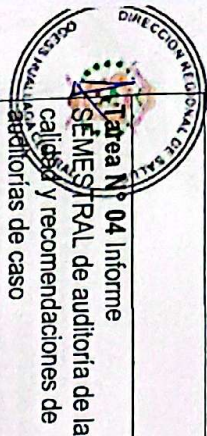


**COLEGIO REGIONAL
SAN MARTIN
-DIRESA-**

OFICINA DE GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD HUALLAGA CENTRAL

DIRECCIÓN DE GESTIÓN PRESTACIONAL - ÁREA GESTIÓN DE CALIDAD

"AÑO DE LA RECUPERACIÓN Y CONSOLIDADICJO DE LA ECONOMIA PERUANA"



Tarea N° 04 Informe
SÉMESTRAL de auditoría de la
calidad y recomendaciones de
auditorías de caso

de redes y
hospitales

—

X

X



**Tarea N° 05 Informe de la
Evaluación FINAL del plan de
auditoría,**

consolida total
del registro de
actividades de
auditoría de la
calidad.

→

X

[illegible]

PLAN ANUAL DE GESTION DE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD - 2025



DIRECCIÓN DE GESTIÓN PRESTACIONAL - ÁREA GESTIÓN DE CALIDAD

"AÑO DE LA RECUPERACIÓN Y CONSOLIDADDO DE LA ECONOMÍA PERUANA"

Y. Tarea N
Ces. Nivel reg
CALMRS de

DIRECCION REGIONAL III, MRS Costa Rica
 Talca, No. 03 Reunión técnica de
 V. Román y evaluación de
 los proyectos de mejora continua de
 la calidad.
 San José

Tarea N° 02 Elaboración e implementación de proyectos de Voz continua a nivel de redes mejorada continua a nivel de redes

Tarea N° 04 Envío de informe al nivel regional, consolidado de EMRS de salud y Hospital

ACTIVIDAD

6. IMPLEMENTACIÓN DE LA ADHERENCIA A LA TÉCNICA DEL LAVADO DE MANOS EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

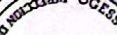
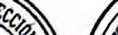
TAREA

personal de la salud respecto a los momentos y técnicas de Higiene de manos. Hospital y MRS

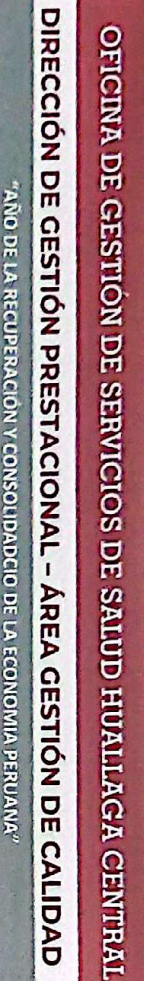
Escaneado con CamScanner

DIRECCIÓN DE GESTIÓN PRESTACIONAL - ÁREA GESTIÓN DE CALIDAD

"AÑO DE LA RECUPERACIÓN Y CONSOLIDADCIÓN DE LA ECONOMÍA PERUANA"


Tarea N° 01
 Implementación de la
 VBS en los
 Centros de la
 Región.
 Manos en la
 Tarea.



"AÑO DE LA RECUPERACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE LA ECONOMÍA PERUANA"

directiva
Nº 09/2022
resultad

 λ

CRONOGRAMA

[illegible]



DIRECCIÓN DE GESTIÓN PRESTACIONAL - ÁREA GESTIÓN DE CALIDAD

"AÑO DE LA RECUPERACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE LA ECONOMÍA PERUANA"

X

OFICINA DE GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD HUALLAGA CENTRAL

DIRECCIÓN DE GESTIÓN PRESTACIONAL - ÁREA GESTIÓN DE CALIDAD

"AÑO DE LA RECUPERACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE LA ECONOMÍA PERUANA"

COMPONENTE: INFORMACION DE LA CALIDAD		CRONOGRAMA																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
ACTIVIDAD																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			
9. EVALUACION DE LA SATISFACCION DEL USUARIO EXTERNO EN CONSULTA EXTERNA/HOSPITALIZACION /EMERGENCIA EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD CON CATEGORIA I-3 AL I-IE																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			
TAREA	RESULTADO	META	ENERO				FEBRE RO				MARZO				ABRIL				MAYO				JUNIO				JULIO				AGOST O				SETIEMB RE				OCTUB RE				NOVIEMB RE				DICIEMB RE																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
Tarea N° 01: Elaboración del Plan de Trabajo a nivel de redes y hospitales para la aplicación de la encuesta de Satisfacción al Usuario Externo SERVQUAL	Redes y hospitales cuentan con plan de trabajo para la aplicación de la encuesta de satisfacción al usuario externo	1																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	

XV. FUENTE DE FINANCIAMIENTO

El presupuesto será ejecutado para el cumplimiento de nuestros objetivos según cronograma establecido:

- ✓ Recursos Ordinarios - de los Programas presupuestales 2025.

Juanjuí, 24 enero 2025.

Atentamente.



Lic. Enf. Doris Thalía Espinoza Tuanama

COORD. GESTIÓN DE LA CALIDAD

UNGETS MARISCAL CÁCERES