

Resolución Directoral

Moquegua, de del 2025.

VISTOS: el Memorándum N° 112-2025-GRM-DIRESA/DR-DEPAS/UFOSS-CALIDAD, y;

CONSIDERANDO:

Que, el Manual de Operaciones (MOP) de la Dirección Regional de Salud Moquegua, aprobado con Decreto Regional N° 002-2023-GR/MOQ, rectificado con Decreto Regional N° 004-2023-GR/MOQ, en su artículo 2° respecto a la Naturaleza Jurídica, prescribe: *La Dirección Regional de Salud Moquegua, es el órgano que por delegación de la Alta Dirección del Ministerio de Salud ejerce la autoridad de salud. Es un órgano desconcentrado del Gobierno Regional de Moquegua.*

Que, el artículo 9 de la Constitución Política prescribe, *"El Estado determina la Política Nacional de Salud. El poder Ejecutivo norma y supervisa su aplicación. Es responsable de diseñarla y conducirla en forma plural y descentralizada para facilitar a todos el acceso equitativo a los servicios de salud".*

Que, el II numeral del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, dispone; *"La protección de la Salud es de interés Público; por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla".*

Que, con Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, se aprueba el Documento técnico; *"Sistema de Gestión de la Calidad en Salud"*, tiene como finalidad; *"Contribuir a fortalecer los procesos de mejora continua de la calidad en salud en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo".*

Que, con Resolución Ministerial N° 596-2007/MINSA, del 20 de Julio del 2007, se aprueba el Plan Nacional de Gestión de la Calidad en Salud, el cual, en su Tercer Artículo establece textualmente que; *"Las Direcciones de Salud, Direcciones Regionales de Salud en el ámbito Nacional y demás órganos desconcentrados del sector salud, son responsables de la aplicación del documento materia de la Resolución".*

Que, mediante Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, del 29 de octubre del 2009, se aprueba el Documento Técnico, denominado *"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, con Memorándum N° 112-2025-GRM-DIRESA/DR-DEPAS/UFOSS-CALIDAD, del 24 de abril del 2025, la Dirección Ejecutiva de Prestaciones y Aseguramiento en Salud – DEPAS, quien, estando al marco legal citado en los considerandos precedentes, alcanza en veinte (20) folios el documento denominado; *"Plan Anual Regional del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud – 2025"*, para su aprobación con documento formal y oficial; dicho Plan, tiene la finalidad de contribuir a fortalecer los procesos de mejora para la implantación del sistema de gestión de la calidad, orientado a obtener resultados para la mejora de la calidad de atención en los servicios de salud de la Región de Salud Moquegua; estando a las razones expuestas, lo solicitado al contar con proveído favorable de la Dirección Regional de Salud Moquegua y el visto de los entes administrativos competentes resulta viable plasmar su aprobación en acto resolutivo.

Que, estando a lo dispuesto en la Ley N° 26842, la Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, la Resolución Ministerial N° 596-2007/MINSA, la Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, el Decreto Supremo N° 004-2019-JUS, TUO de la Ley N° 27444 Ley del Procedimiento Administrativo General, en el literal o) del artículo 8° del Manual de Operaciones (MOP) de la Dirección Regional de Salud Moquegua, aprobado con Decreto Regional N° 002-2023-GR/MOQ, rectificado con Decreto Regional N° 004-2023-GR/MOQ, y Resolución Ejecutiva Regional N° 237-2024-GR/MOQ del 30 de Mayo del 2024.

SE RESUELVE:

ARTÍCULO 1° Aprobar el "PLAN ANUAL REGIONAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD – 2025", de la Región de Salud Moquegua, el mismo que contenido en anexo adicional de veinte (20) folios, forma parte integrante de la presente disposición, por los fundamentos facticos y jurídicos expuestos en la parte considerativa de la presente resolución.

ARTÍCULO 2° Notificar la presente disposición al órgano interesado y estamentos administrativos competentes.

REGÍSTRESE Y COMUNÍQUESE.

JLHCH/DR.
VRQG/UFAJ.
NECC/Abog.
C.C.DR/UFAJ.
DEPAS (03)
OCI/Arch.



M.C. JUAN LUIS HERRERA CHEJO
C.M.P. 37534
DIRECTOR REGIONAL

Sistema de Gestion de la Calidad

Visión

La Calidad se reconoce explícita y fehacientemente como un valor en la cultura organizacional de los establecimientos del Sistema de Salud, se aplican metodologías y herramientas de la calidad desarrolladas en forma conjunta con la contribución de los usuarios internos y externos, las instituciones de salud y la sociedad en general, existiendo evidencia confiables de mejoras sustanciales en la atención, percibidas con satisfacción por todos los actores.

Misión

Impulsar el desarrollo e implementación del Sistema de Gestion de la calidad en salud y los procesos de garantía y mejora de la calidad a través de la aplicación de políticas, normas y Estandares de calidad aplicables a la realidad de las organizaciones de salud del país para mejorar la calidad de la atención que se brinda y contribuir a mejorar la calidad de vida de la población.



PLAN ANUAL REGIONAL DEL SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD EN SALUD 2025

INTRODUCCION.-

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha establecido conceptos relacionados a la calidad, afirmando que la atención en salud debe ser efectiva, eficiente, accesible, aceptable, centrado en el paciente, equitativa y segura. Así mismo, menciona que el acceso a los servicios de salud, los esfuerzos para lograr una cobertura universal de salud, la equidad, y la seguridad del paciente sustentan la búsqueda de la calidad de atención, siendo una atención segura, la medida de éxito de una institución (OMS 2018)

El Ministerio de Salud, como ente rector, amparado en el Documento Técnico del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud "aprobado con R.M. N° 519-2006/MINSA, a fin de direccionar, articular e integrar los diversos esfuerzos que se desarrollan para el mejoramiento en la calidad de las prestaciones de salud, tiene como propósito establecer las bases conceptuales y los principios que deberán ser considerados en la definición y desarrollo de los Sistemas de gestión de la calidad de los prestadores de salud del Sector.

Es en ese marco de la Política Nacional de Calidad, la Unidad Funcional de Calidad de la DIRESA Moquegua, desarrolla actividades que tienen como objetivo final brindar servicios con calidad y seguridad a nuestros usuarios de salud.

La calidad en la prestación de los Servicios de Salud como condición de eficiencia de los esfuerzos e intervenciones desplegadas y garantía de seguridad y trato humano para todos los usuarios, tiene como fin mejorar la calidad de atención se priorizan las diferentes estrategias básicas de intervención de localidad, pero principalmente es una filosofía de vida empresarial e individual, Calidad no solo es ligada a los medios, no es solo cuestión de automatización, tecnología, equipos, conocimientos y habilidades, si no está ligada fundamentalmente a la aptitud y a la actitud de quienes prestan el servicio, conscientes de que lo importante que son las personas a quienes están orientados los medios de la prestación del servicio.

El presente Plan Anual Regional del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, de la DIRESA Moquegua, reúne todas las actividades que están incluidas en cada una de las líneas de trabajo del Sistema de Gestión de la Calidad a saber: Acreditación, Auditoria, Seguridad del Paciente, Evaluación de la Satisfacción del usuario externo, Mejora Continua de la Calidad en Salud y para el logro del desarrollo del Sistema de Calidad se implementan las Normas Técnicas que emanan del ente rector y su uso estandarizado de conceptos en Calidad en Salud nos permiten medir y mejorar el desarrollo de la calidad que se espera de la atención suministrada para maximizar los beneficios y disminuir los riesgos que conllevan la atención impartida. Cada línea de acción tiene sus actividades propias según sus objetivos específicos, plenamente desarrollados, por lo tanto el presente documento contiene una visión macro de dichos planes, con productos sujetos de evaluación, los cuales se encuentran orientados a hacer viable y a ordenar las acciones de las Líneas de Acción que impulsara el sistema de Gestión de la calidad de la DIRESA Moquegua para el año 2025, con la participación de los diferentes Comités y los equipos de trabajo.



I. JUSTIFICACION

La importancia de la implementación del presente "Plan Anual Regional Del Sistema De Gestion De La Calidad En Salud" radica en la organización, el desarrollo y la implementación del Sistema de Gestion de la Calidad en Salud en nuestra región que conlleve a la satisfacción de los usuarios de los servicios de salud.

II. FINALIDAD

El presente plan tiene la finalidad de contribuir a fortalecer los procesos de mejora para la implantación del sistema de gestion de la calidad, orientado a obtener resultados para la mejora de la calidad de atención en los servicios de salud de la Región de Salud Moquegua.

III. METODOLOGIA

Implementación y uso de herramientas estandarizadas que permitan y faciliten el registro ordenado de las principales actividades y tareas propias del sistema de gestion de calidad, dependiendo del compromiso de la misma organización.

IV. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Fortalecer la cultura de calidad teniendo en cuenta la susceptibilidad, las necesidades, percepción y expectativas de los usuarios externos e internos de la DIRESA Moquegua.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Fortalecer la calidad de atención en salud a través de metodología y mecanismos estandarizados.
- Fortalecimiento de capacidades para conducción del sistema de gestion de la calidad
- Evaluar los resultados de avances de programación e implementación de respuesta a estrategias implementadas.

ESTRATEGIAS QUE PERMITAN LOGRAR LOS OBJETIVOS

- Estandarizar y documentar la organización de responsabilidades del SGC, prioridades sanitarias institucionales en IPRESS de primer y segundo nivel de atención.
- Socialización, asistencia Técnica presencial, virtual o in situ con acompañamiento respecto al SGC.
- Supervisión, Monitoreo y evaluación de implementación de los planes de calidad.
- Supervisión, Monitoreo y evaluación de cumplimiento de acciones de mejora implementadas.

V. AMBITO DE APLICACIÓN

El presente Plan de Gestion de la Calidad es de aplicación en todas las IPRESS que conforman la DIRESA Moquegua, mediante actividades de capacitación, Asistencia técnica, supervisión, monitoreo y evaluación continua para lograr la mejora continua de la calidad de atención en salud a los usuarios.



VI. COMPONENTES DE CRITERIOS DE PROGRAMACION DEL SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD EN SALUD

En el marco del Documento Técnico del: "Sistema de Gestion de la Calidad en Salud" dentro de su estructura se describe con los siguientes aspectos:

4.1 Planificación para la Calidad.- En el mismo está referido a Sistemas, Políticas, Estrategias, Objetivos y Planes de Acción.

La Dirección Regional de Salud Moquegua, desarrolla la planificación del sistema de gestion de calidad en salud en el contexto de la Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: Sistema de Gestion de Calidad en Salud.

6.2 Organización para la Calidad.- el mismo que se desarrolla a nivel Nacional, DISAs/ DIRESAs, Redes, Microredes y Establecimientos de Salud.

El área de Calidad de la DIRESA Moquegua con el propósito de dar continuidad a la mejora continua de la atención en salud respecto al Sistema de Gestion de Calidad a nivel de los establecimientos de salud de primer nivel de atención, hospitales, Microredes, y sub sectores de salud del ámbito regional, los mismos que cuentan con Jefes, Gerentes, Coordinadores y responsables de Calidad en Salud, quienes tienen la responsabilidad de implementar, supervisar monitorear y evaluar las actividades del Sistema de Gestion de Calidad en Salud y sus líneas de acción de acuerdo al nivel y complejidad que les corresponden.

I-1	0	22	1	23
I-2	0	16	5	20
I-3	0	15	5	21
I-4	0	0	0	0
II-1	0	0	1	1
II-2	1	0	0	1
SMA	5	0	2	7
TOTAL	6	53	14	73

CENTRO DE SALUD MENTAL	HOGAR PROTEGIDO	SAMU	LABORATORIO REGIONAL
Moquegua	Moquegua	Moquegua	Moquegua
Omate	Samegua		
Mariano Lino Urq.	San Antonio		
Ilo	Ilo	Ilo	
Dr. Cesar Gallardo			
5	4	2	1

6.3 Garantía y Mejora.- dentro de este componente detalla las líneas de acción.

El área de Calidad de la Dirección Regional de Salud Moquegua, dentro de sus componentes desarrolla sus actividades en las principales líneas de acción:

- Auditoria de la Calidad de Atención en Salud.
- Mejora Continua de la Calidad en Salud.
- Seguridad del Paciente.
- Autoevaluación para la Acreditación de Establecimientos de salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- Satisfacción del Usuario Externo.



6.4 Información para la Calidad.- son los instrumentos para la medición de la calidad, mecanismos para la atención del usuario e indicadores del sistema de gestión de la calidad.

Dentro de este componente se desarrolla la línea de acción de Satisfacción del Usuario Externo, es preciso mencionar que mediante la Resolución Ministerial N° 527-2011/MINSA, se aprueba la Guía Técnica para la Medición de Satisfacción del Usuario Externo en los establecimientos de salud, que en su contenido detalla el uso del instrumento de evaluación de la satisfacción del usuario externo a nivel nacional.

VII. BASE LEGAL

- Ley N° 30224, Ley que crea el Sistema Nacional de la Calidad y el Instituto Nacional de Calidad.
- Ley N° 27658, Ley Marco de Modernización de la Gestión del Estado.
- Constitución Política del Perú 1993, Título I de la Persona y de la Sociedad, Capítulo I Derechos Fundamentales de la Persona, Capítulo II DE LOS Derechos Sociales y Económicos.
- Ley N° 30224, Ley que crea el Sistema Nacional de la Calidad y el Instituto Nacional de Calidad.
- Ley N° 27658, Ley Marco de Modernización de la Gestión del Estado.
Derechos de los Usuarios de Servicios de Salud
- Ley N° 26842 Ley General de Salud
- Acuerdo Nacional en Salud, Equidad y Justicia Social, Décimo tercera Política de Estado Acceso Universal a los Servicios de Salud y a la Seguridad Social.
- Ley N° 30023 "Ley que establece el 13 de agosto de cada año como el día Nacional de la Salud y del Buen Trato al Paciente.
- Decreto Supremo N°027-2015-SA, reglamento de la Ley N° 29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud.
- Resolución Ministerial N° 519-2006 /MINSA, que aprueba el Documento Técnico del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud.
- Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA que aprueba el documento técnico " Política Nacional de Calidad en Salud"
- Decreto Supremo N° 013-2006/SA, que aprueba el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA que aprueba Documento Técnico del sistema de Gestión de la Calidad en Salud.
- Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA que aprueba NTS para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, N° 050-MINSA/DGSP-V02.
- Resolución Ministerial N°270-2009/MINSA "Guía Técnica de evaluador para la Acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo.
- Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA que aprueba el documento técnico " Política Nacional de Calidad en Salud"
- Resolución Ministerial N° 040-2011/MINSA que aprueba el documento técnico " Lineamientos de Política para vigilancia ciudadana en salud"
- Resolución Ministerial N° 186-2015-PCM, que aprueba Manual para mejorar la atención a la ciudadanía en las entidades de la Administración pública.
- RGG N°063-2016-IN-SALUDPOL-DG, 05-05-16, que aprueba el Documento Normativo "Directiva de Funcionamiento de la Plataforma de Atención al Usuario.
- Decreto Supremo N° 013-2006/SA, que aprueba el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.



- Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA que aprueba Documento Técnico del sistema de Gestion de la Calidad en Salud.
- Resolución Ministerial N° 502-2016/MINSA que aprueba la versión 2 de la Norma Técnica de Salud de Auditoria de la Calidad de la Atención en Salud, NTS N° 029-MINSA/DGSP V.02
- Resolución Ministerial N° 214-2018/MINSA que aprueba la NTS N° 139-MINSA/2018/DGAIN, Norma Técnica para la Gestion de la Historia Clínica.
- Ley N° 27658, Ley Marco de Modernización de la Gestion del Estado.
- Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA que aprueba Documento Técnico del sistema de Gestion de la Calidad en Salud.
- Resolución Ministerial N° 095-2012/MINSA que aprueba Guía Técnica para la elaboración de Proyectos de Mejora y la Aplicación de Técnicas y Herramientas para la gestion de la Calidad.
- Resolución Ministerial 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.
- Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA que aprueba Documento Técnico del sistema de Gestion de la Calidad en Salud.
- Resolución Ministerial N° 308-201006/MINSA que aprueba Lista de verificación de la seguridad del paciente.
- Resolución Ministerial N° 1021-2010/MINSA aprueba Guía Técnico de Implementación de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía.
- Resolución Ministerial N° 214-2018/MINSA que aprueba la NTS N° 139-MINSA/2018/DGAIN, Norma Técnica para la Gestion de la Historia Clínica
- Resolución Ministerial N° 302-2006/MINSA que aprueba NTS N°117-MINSA/DGSP-V01 Norma Técnica para la elaboración y uso de Guías de Práctica Clínica del MINSA.
- Resolución Ministerial N° 414-2015/MINSA que aprueba Documento Técnico de Metodología para la elaboración de Guías de Práctica Clínica.
- Resolución Ministerial N° 753-2004/MINSA que aprueba Norma Técnica de Prevención y Control de Infecciones Intrahospitalarias.
- Resolución Ministerial N° 523-2007/MINSA que aprueba la Guía Técnica para la evaluación interna de la vigilancia, prevención y control de las infecciones intrahospitalarias.
- Resolución Ministerial N° 168-2015/MINSA que aprueba Documento Técnico lineamientos vigilancia, prevención y control de las infecciones asociadas a la atención de salud.
- Resolución Ministerial N° 255-2016/MINSA, que aprueba la "Guía Técnica para la implementación del Proceso de Higiene de Manos en los Establecimientos de Salud"

VIII. CONTENIDOS

Definiciones básicas

Sistema de Gestion de la Calidad.- 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 del nivel nacional, regional y local en lo relativo a la calidad de la atención y de la gestion.

Gestion de la Calidad.- es el componente de la gestion institucional que determina y aplica la política de la calidad, los objetivos y las responsabilidades en el marco del sistema de gestion de la calidad y se llevan a cabo mediante la planificación, garantía y mejoramiento de la calidad.

Calidad.- en la atención medica, consiste en la aplicación de la ciencia y tecnología médica en una forma que maximice sus beneficios para la salud sin aumentar en forma proporcional sus riesgos.



El grado de calidad es por consiguiente, la medida en que se espera que la atención suministrada logre el equilibrio más favorable de riesgos y beneficios para el usuario.

Componente.- es el proceso al que se requiere dar respuesta a interrogantes propias de la necesidad de administrar algo nuevo.

Planificación para la Calidad.- implica definir las políticas generales y objetivos de calidad a partir de las cuales se articularán los esfuerzos posteriores de compromiso y participación en el proceso

de desarrollo e implementación del SGC en salud. Tiene carácter estratégico e involucra a toda la organización, implica esfuerzo corporativo, despliegue efectivo

Organización para la Calidad.- está referida al diseño organizacional que permita llevar a cabo las funciones para la calidad, debidamente integrado al sistema de salud.

Garantía y mejora de la Calidad.- Esta referido 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 la más efectiva, eficaz y segura posible, orientada siempre a la satisfacción del usuario y en el marco de las normas del Sistema, es decir asegurar que se mantenga y mejore la calidad en los servicios de salud a través de procesos.

Información para la Calidad.- es el conjunto de estrategias, metodologías, instrumentos y procedimientos que permitan contar con evidencias de manera permanente y organizada de la calidad de atención y niveles de satisfacción de los usuarios internos y externos.

IX. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL DEL ASPECTO SANITARIO O ADMINISTRATIVO

Antecedente y Situación Actual.

Componente de Gestión (incluye Organización): A nivel Nacional el Ministerio de Salud ha venido impulsando iniciativas para mejorar la calidad de las prestaciones de salud, es así que se cuenta con el Documento Técnico: Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, aprobado con Resolución Ministerial N°519-2006/MINSA, en donde el sistema tiene cuatro componentes: Planificación para la calidad, Organización para la calidad, Garantía y Mejora e información para la Calidad. En nuestra Región se inicia las acciones por la calidad de manera focalizada, a través de la intervención de programas y proyectos implementados por el nivel nacional, realizando estudios, encuestas, mejora de capacidades, proyectos de mejora entre otros, siendo lo característico la incorporación de otras funciones al responsable de calidad.

En paralelo al desarrollo de las actividades del sistema de gestión de la calidad, con el Decreto Regional N° 002-2023/MOQ. De fecha 06 de junio del 2023, decreta aprobar el Manual de Operaciones (MOP) de la Dirección Regional de Salud Moquegua- DIRESA Moquegua (con tres títulos y 118 artículos), en donde Calidad se representa en actividades.

Así mismo en la búsqueda de la Excelencia en las Organizaciones de Salud se ha tratado de avanzar en los últimos tiempos, pero ello requiere reforzar el liderazgo de las instancias Directivas en el logro de la Calidad, trabajo en equipo, Gestión basada en procesos y la información relevante como sustento de decisión, por ello el ente rector del nivel Regional elabora e implementa en el transcurso de cada año Plan regional del Sistema de Gestión de la Calidad, donde engloba el sistema en mención con sus líneas de acción. Cada una de ellas aplicadas según la realidad o el entorno donde se desarrollan las organizaciones con el Objetivo de Promover acciones de Mejora continua para alcanzar la atención de calidad anhelada por todos.

Para llevar a cabo todos estos procesos implementa planes, primero a nivel local luego Plan Regional que permitan organizar, desarrollar, implementar y financiar el Sistema de Gestión de la



Calidad en salud en ámbito de la Región Moquegua, para mejorar la satisfacción de su población en relación a la calidad de atención que reciben.

El presente plan regional debe articular las necesidades y demandas de cada una de las redes en el ámbito de la Región Moquegua con los recursos que tienen disponibles para abordarlas, teniendo en cuenta los planes y expectativas del nivel local.

ANÁLISIS FODA AREA DE CALIDAD

FORTALEZA		OPORTUNIDADES	
PERSONAL	Comunicación asertiva entre el equipo responsable de calidad con pares de IPRESS y Redes Programación mensual de actividades	POLITICO	Lineamientos de la OMS Modernización del sector salud Convenios de gestión (económico)
PRODUCCION	Trabajo integrado para el cumplimiento de metas Programación de actividades por líneas de acción	SOCIAL	Presencia de SUSALUD en IPRESS y UGIPRESS Participación de responsables de calidad de subsectores
FINANCIEROS	Disponibilidad de internet		
DEBILIDADES		AMENAZA	
PERSONAL	Solo un recurso humano, limita el permanente y adecuado cumplimiento de normativas. Asignación de otras funciones que requieren seguimiento e implementación. Falta de compromiso total o parcial por parte de jefes y/o coordinadores de calidad	POLITICO	Designación de Jefes temporales, limita la continuidad del trabajo del SGC. Documentos normativos no actualizados
PRODUCCION	Actividades de calidad suspendidas por la priorización de otras actividades (nacionales, regionales y locales). Actividades de calidad no codificadas lo que no permite cuantificar para la productividad del responsable de calidad o equipos conformados. Limitada producción en el componente de auditoria y de mejora continua.	SOCIAL	Participación de la Prensa al señalar la problemática sin corroborar antes de lanzar noticia. Riego de agresión verbal y física por parte de usuario externo al verse vulnerado sus derechos.
FINANCIEROS	No se cuenta con disponibilidad de Recursos económicos para cubrir las necesidades y el desarrollo de actividades propias del sistema de gestión de la calidad.		

Componente de Prestación:

El área de Calidad de la Dirección Regional Moquegua, desarrolla diferentes acciones, que corresponden a las líneas de acción como: el proceso de Autoevaluación para la acreditación evaluando periódicamente los estándares de acreditación de los macro procesos en los diferentes servicios de cada IPRESS de nuestra institución, aplicación de las Encuestas de Satisfacción del Usuario Externo SERVQUAL, Auditoria de la calidad de atención y auditorias de caso, se conforma el Comité de Auditoria de la Calidad en Salud y auditoria Medica, Seguridad del paciente, implementación del Plan de Seguridad del Paciente y de Gestión de Riesgos de IPRESS de primer y segundo nivel de atención, con la ejecución de Rondas de Seguridad,



Monitorizado y supervisado el cumplimiento de los indicadores de Seguridad del Paciente, Fortaleciendo la implementación del Higiene de manos dentro de la institución, Supervisando y Evaluando la Aplicación de la Lista de Verificación de la Cirugía Segura. El estudio sobre cultura de la Gestión de Quejas y Reclamos, siendo esta última una actividad asignada.

Componente de Financiamiento:

El área de Calidad contaba con meta asignada hasta el 2024, que correspondía a Asistencia Técnica y Capacitación, con Fuente de financiamiento Recursos Ordinarios, para el presente año 2025 no se cuenta con presupuesto, quedando a disposición y dependencia de la meta 155 cuya denominación está referida a Mejorar la atención de la población, por lo que las necesidades y la ejecución de actividades propias de cada componente y línea de acción que corresponde al sistema de gestión de la calidad en salud, se verían limitadas.

Recursos Logísticos

Los materiales para la ejecución de la actividad vía presencial serán asumidos con la meta 155 de la Dirección Ejecutiva de Prestaciones y Aseguramiento en Salud.

Evaluación del plan

Para la evaluación del presente plan de gestión de la calidad como DIRESA, se tendrá en cuenta el cronograma de actividades y los criterios de Programación de Actividades DIRESA Moquegua – 2025

X. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DIRESA MOQUEGUA

Objetivo General	Objetivo Específico	Actividades	Plazo y Responsable
Fortalecer la cultura de calidad teniendo en cuenta la susceptibilidad, las necesidades, percepción y expectativas de los usuarios externos e internos de la DIRESA Moquegua.	• Fortalecer la calidad de atención en salud a través de metodología y mecanismos estandarizados.	• Estandarizar y documentar la organización de responsabilidades del SGC, prioridades sanitarias institucionales en IPRESS de primer y segundo nivel de atención.	Enero 2025
	• Fortalecimiento de capacidades para conducción del Sistema.	• Socialización, Asistencia Técnica, presencial, virtual o in situ con acompañamiento respecto al SGC.	Enero a marzo 2025
	• Evaluar los resultados de avances de programación e implementación de respuesta a estrategias implementadas.	• Supervisión, Monitoreo y evaluación de implementación de los planes de calidad. • Supervisión, Monitoreo y evaluación de cumplimiento de acciones de mejora implementadas.	Enero a diciembre 2025



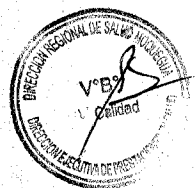
XI. PROGRAMACION DE ACTIVIDADES DIRESA MOQUEGUA 2025

Componente	DENOMINACION			METAS			RESPONSABLE
	CODIGO	CRITERIOS DE PROGRAMACIÓN	UNIDAD DE MEDIDA	FACTOR DE CONCENTRACIÓN	EJECUTADA	% CUMPLIMIENTO	
Planificación	01EAPGC	Elaboración del Plan de Gestión de la Calidad en Salud por DIRESA/ GERESA/ DIRIS/ SANIDAD/ESSALUD.	Plan aprobado RD	1	0	0%	Responsables de Calidad
	02EAPGC	Resultados de Evaluación del Plan de Gestión de la Calidad en Salud por DIRESA/ GERESA/ DIRIS/ SANIDAD/ ESSALUD.	Informe	2	0	0%	Responsables de Calidad
Garantía y Mejora	03LVSC	Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía en centros quirúrgicos de los establecimientos de salud	Informe	2	0	0%	Equipo Conductor de LVSC de IPRESS que realizan intervenciones quirúrgicas en la Región
	04REAS	Desarrollo de Actividades por el Día Mundial de la Seguridad del paciente 17 de septiembre.	Informe	1	0	0%	Responsables de seguridad del paciente, según organización de IPRESS
	04REAS	Implementación del Registro, Notificación y Análisis de la ocurrencia de Incidentes y/o Eventos Adversos en Salud en los establecimientos de salud.	Informe	2	0	0%	Responsables de seguridad del paciente, según organización de IPRESS
	05IACA	Implementación de la Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud en los establecimientos de salud.	Informe	2	0	0%	Comités de CAS, CAM de IPRESS según organización
	06PMCC	Implementación del proceso mejoramiento continuo de la calidad en salud: Proyectos y acciones de Mejora	Informe	2	0	0%	Responsables de Proyectos e Mejora de IPRESS según Organización
	07DERE	Desarrollo del Encuentro Regional/Institucional de Experiencias en Mejoramiento Continuo de la Calidad en Salud.	Informe	1	0	0%	Responsable de Calidad de DIRESA Moquegua
	08IAHM	Implementación del proceso de higiene de manos en los establecimientos de salud.	Informe	2	0	0%	Responsables de seguridad del paciente, epidemiología u otro según organización de IPRESS
	08IAHM	Desarrollo de Actividades por el Día Mundial de Higiene de Manos 5 de mayo	Informe	1	0	0%	Responsables de seguridad del paciente, epidemiología u otro según organización de IPRESS
	09IRSP	Implementación de la Directiva Sanitaria de Rondas de Seguridad del paciente para la gestión del riesgo en la atención de salud.	Informe	2	0	0%	Responsables de Equipo de Rondas de Seguridad
	10PAES	Implementación del Proceso de Acreditación de establecimientos de salud (PAES).	Informe	1	0	0%	Responsables de Equipos evaluadores Internos por Microredes
	11MSUE	Implementación de la Metodología de la evaluación de la satisfacción del usuario externo en los establecimientos de salud a partir de la categoría I-3.	Informe	1	0	0%	Responsables de equipos de SUE



XII. PROGRAMACION DE ACTIVIDADES IPRESS 2025

CRITERIOS DE PROGRAMACIÓN	UNIDAD DE MEDIDA	FACTOR DE CONCENTRACIÓN	Fuente de verificación
Elaboración del Plan de Gestión de la Calidad en Salud por EESS.	Plan aprobado	1	Plan anual de Gde la Calidad aprobado por jefe o autoridad de IPRESS, remitido a Red - DIRESA
Resultados de Evaluación del Plan de Gestión de la Calidad en Salud por EESS.	Informe	2	Informe con resultados de evaluación con corte al semestre remitido a Red - DIRESA
Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía en centros quirúrgicos de los establecimientos de salud que realicen intervenciones quirúrgicas.	Informe	4	Data de equipo conductor y coordinador de la LVSC por turno quirúrgico designado con documento oficial. Encuesta de evaluación de la implementación de la LVSC. Acciones y/o proyectos en base a resultados de encuesta. Registro de capacitaciones, asistencias técnica realizadas para la implementación de la LVSC. Estadística de las listas de verificación de seguridad de la cirugía aplicadas.
Desarrollo de Actividades por el Día Mundial de la Seguridad del paciente 17 de septiembre.	Informe	1	Informe re actividades realizadas por el Día Mundial de la Seguridad del Paciente remitido a Red - DIRESA
Implementación de mecanismos para el Registro, Notificación, Análisis y gestión de la ocurrencia de Incidentes y/o Eventos Adversos en Salud en los establecimientos de salud.	Informe	4	Reporte de incidente, eventos adversos y/o centinelas precisando categoría (tipo de evento) por UPSS. Reporte de análisis y gestión de su incidente, ev. adv. graves y/o centinela, (metodología análisis de causa raíz. registro obligatorio mensual en el aplicativo SINREA, remitido Red - DIRESA
Implementación de la Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud en los establecimientos de salud.	Informe	4	Comités de auditoría (CAS, CAM) vigentes reconocidos con documento oficial. Plan anual de auditoría de la calidad de atención aprobado, consolidado de auditorías programadas (evaluaciones de calidad de registro de h.c.l, auditorías de la calidad de atención) y auditorías no programadas (auditoría de caso) reportadas. Informe de seguimiento a la implementación de recomendaciones de informes de auditoría de la calidad de la atención y auditorías de caso.
Implementación de los proyectos y/o acciones de mejora según normativa vigente.	Informe	4	Equipos de mejora conformados en EESS reconocidos con documento oficial. Implementación de proyectos y/o acciones de mejora adjuntando evidencia. Registro de capacitaciones realizadas en proyectos y/o acciones de mejora adjuntando evidencia.
Implementación del proceso de higiene de manos en los establecimientos de salud.	Informe	4	Consolidado de la evaluación del proceso de higiene de manos, técnica correcta, adherencia a los 5 momentos de higiene de manos. Informes consolidado del proceso de higiene de manos del personal de salud, % de adherencia a los 5 momentos (por grupo ocupacional, áreas críticas, servicios de hospitalización). Asistencia técnica/capacitaciones realizadas al personal de salud en el proceso de higiene de manos. Enlace drive de la base de datos(archivo excel) archivo consolidado
Desarrollo de Actividades por el Día Mundial de Higiene de Manos 5 de mayo	Informe	1	Informe de actividades que ejecutaron en el marco del día mundial de la higiene de manos.
Implementación de las Rondas de Seguridad del paciente para la gestión del riesgo en la atención de salud en los EESS.	Informe	4	Conformación del equipo y cronograma de rondas de seguridad reconocido y aprobado con documento oficial. Información consolidada con porcentaje de cumplimiento de buenas practicas evaluadas por servicios en caso de hospitales. Asistencia técnicas/capacitaciones realizadas al personal de salud en la aplicación de rondas de seguridad del paciente. Vaciar información en enlace drive (archivo excel)
Implementación de la Autoevaluación del proceso de Acreditación de establecimientos de salud (a partir categoría I-1).	Informe	1	Conformación de equipo de Acreditación. Conformación de equipo de evaluadores internos. Plan de Autoevaluación de EESS aprobado con documento oficial. Comunicación de inicio de Autoevaluación. Informe técnico de Autoevaluación con aplicativo excel.
Evaluación de la satisfacción del usuario externo en los establecimientos de salud (a partir de la categoría I-3).	Informe	1	Informe sobre los resultados de la evaluación de la satisfacción del usuario externo en consulta externa, hospitalización y emergencia en EESS (a partir de la categoría I-3).

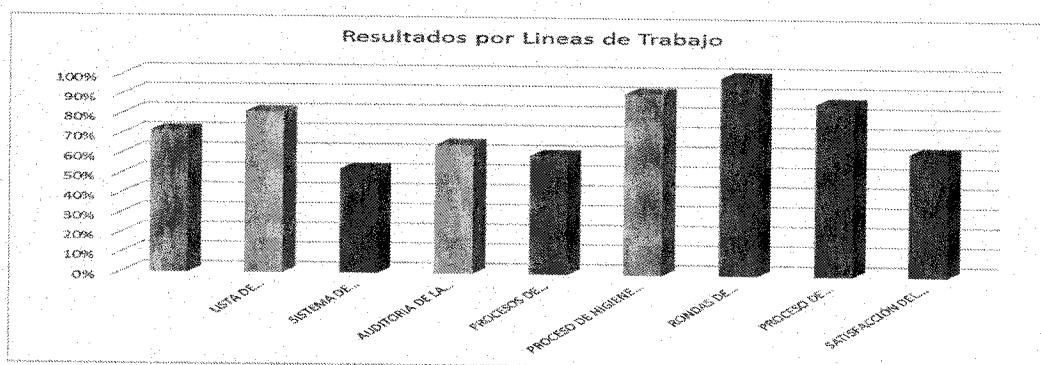
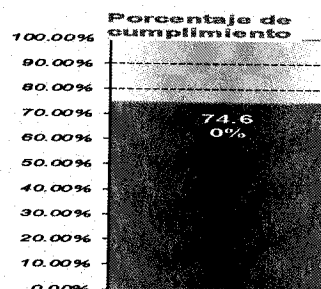
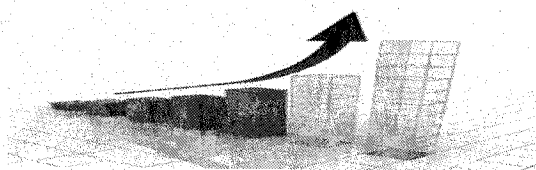


XIII. INDICADORES DE DESEMPEÑO Y COMPROMISOS DE MEJORA DE LOS SERVICIOS A CUMPLIR EN EL AÑO 2025:

INDICADORES	DESCRIPCION
% RONDAS DE SEGURIDAD REALIZADAS	$\frac{\text{Total de rondas de seguridad del paciente realizadas}}{\text{Total de rondas de seguridad del paciente programadas}} \times 100$
% DE IPRESS AUTOEVALUADAS	$\frac{\text{Total de IPRESS que ejecutaron proceso Autoevaluación}}{\text{Total IPRESS seleccionados para el proceso de Autoevaluación}} \times 100$

XIV. Resultado general de Evaluación del Sistema de Gestion de Calidad DIRESA Moquegua

74.60%



Si bien en el resultado general se obtiene un puntaje 74.6% en el primer cuadro el puntaje por líneas de acción el resultado en el sistema de notificación de incidentes adversos alcanza es de 50%, valor preocupante que nos lleva al análisis para la toma de decisiones sobre situaciones que pudiera estar omitiéndose como el caso de registro.



XV. RESPONSABILIDADES:

Nivel nacional.- Tiene la responsabilidad de lo siguiente:

Conducir el sistema Nacional de Gestión de la Calidad en los ámbitos sectorial e institucional para mejorar continuamente la calidad y de la atención de la salud.

Definir los indicadores y estándares para la evaluación de la calidad de los servicios de salud y controlar su cumplimiento.

Conocer los resultados de la evaluación periódica de la atención de salud a los usuarios para orientar las acciones y promover y apoyar las iniciativas para la mejora continua de su calidad.

Brindar asistencia técnica para el mejoramiento continuo de la calidad en los procesos que se ejecutan en los servicios y establecimientos de salud a nivel sectorial.

Nivel regional: Tiene la responsabilidad de lo siguiente:

Brindar asistencia técnica a los equipos de Calidad de las Redes de salud e IPRESS de la DIRESA Moquegua.

Monitorear, Supervisar y Evaluar el Plan de Gestión de Calidad.

Fomentar la elaboración e implementación de proyectos de calidad a través de la difusión constante de la metodología de proyectos.

Nivel local: tiene la responsabilidad de lo siguiente:

Implementar las líneas de acción según las normativas vigentes del sistema de gestión de la calidad.

Realizar el proceso de Autoevaluación, primera fase de la Acreditación de establecimientos de salud.

Realizar el estudio de satisfacción del usuario externo e implementar acciones y proyectos de Mejora en base a los resultados.

Informar de los resultados y avances del sistema de gestión de la calidad al nivel inmediato superior.

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD MOQUEGUA
DIRECCIÓN EJECUTIVA DE PRESTACIONES EN SALUD

.....
LIC. MARIA DEL CARMEN SUSANA APAZA CAM
RESPONSABLE

COMPONENTE : PLANIFICACIÓN PARA LA CALIDAD

ACTIVIDAD		C R O N O G R A M A																																			
		ENERO			FEBRERO			MARZO			ABRIL			MAYO			JUNIO			JULIO			AGOSTO			SEPTIEMBRE			OCTUBRE			NOVIEMBRE			DICIEMBRE		
01 Elaboración del Plan de Gestión de la Calidad por DIRESA/GERESADIRIS		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
TAREAS																																					
TAREA N° 1:Formulación y Gestion para aprobación de plan	RESULTADO META																																				
TAREA N° 2:consolidacion planes por Redes y microredes	Informe																																				
TAREA N° 3:Presentacion del Plan Regional	Informe																																				
TAREA N° 4:Socializacion del Plan	Informe																																				
ACTIVIDAD																																					
02 Evaluación del avance del Plan de Gestión de la Calidad por DIRESA/GERESADIRIS		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
TAREAS																																					
TAREA N° 1:Consolidación de avance de actividades del Plan, redes, microredes y hospitales	Informe																																				
TAREA N° 2:Socialización de avance de Plan	Informe																																				
TAREA N° 3:	0																																				
TAREA N° 4:	0																																				
COMPONENTE: GARANTIA Y MEJORA DE LA CALIDAD																																					
ACTIVIDAD																																					
03 Implementación de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía en centros quirúrgicos de establecimientos de salud que realicen intervenciones quirúrgicas.		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
TAREAS																																					
TAREA N° 1:Asistencia técnica	Informe																																				
TAREA N° 2: Monitoreo, supervisión y evaluación de cumplimiento de aplicación de lista de verificación de la	Informe																																				
TAREA N° 3:Consolidación de informes trimestrales de redes y microredes	Informe																																				
TAREA N° 4:Informe consolidado de eventos adversos con identificación de aspectos críticos	Informe																																				
TAREA N° 6:	0																																				
ACTIVIDAD																																					
04 Implementación del Registro, Notificación y Análisis de la ocurrencia de Eventos Adversos en Salud en los establecimientos de salud		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
TAREAS																																					





CRITERIOS DE PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES DIRESA/GERESA/DIRIS/SANIDAD/ ESSALUD 2025

PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD EN SALUD

CARACTERÍSTICAS DE PROGRAMACIÓN DIRESA, GERESA, DIRIS, SANIDADES, ESSALUD										
Componente		CÓDIGO	DENOMINACIÓN	UNIDAD DE MEDIDA	FACTOR DE CONCENTRACIÓN	DEFINICIÓN OPERACIONAL	FUENTE DE VERIFICACIÓN / REGISTRO	NORMATIVA	INDICADORES UFGCS MINSA(*)	PLAZO DE REMISIÓN A LA UFGCS
Planificación	1	01EAPG	Elaboración del Plan Anual de Gestión de la Calidad en Salud de la DIRESA o GERESA o DIRIS o SANIDAD o ESSALUD.	Plan aprobado RD	1	Documento elaborado según la Directiva Administrativa N° 326-MINSA/OGPPM-2022 en el cual se establece la finalidad, los objetivos, actividades y tareas relacionadas a las líneas de acción del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud.	Plan de Gestión de la Calidad en Salud, aprobado con RD y remitido a la UFGCS del MINSA	RM 519-2006/MINSA RM N° 090-2022-MINSA	Nivel Nacional Número de DIRESA o GERESA o DIRIS o SANIDAD o ESSALUD con Plan Anual de Gestión de la Calidad aprobado y remitido a la UFGCS / Número de DIRESAS o GERESAS o DIRIS o SANIDAD o ESSALUD.	Hasta el 15 de mayo 2025
	2	02EPGC	Resultados de Evaluación del Plan Anual de Gestión de la Calidad en Salud de la DIRESA o GERESA o DIRIS o SANIDAD o ESSALUD.	Informe	2	Informe que consigna los resultados del cumplimiento de las actividades programadas de acuerdo a los objetivos relacionados a las líneas de acción del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, establecidos en el Plan; precisando el porcentaje de cumplimiento de actividades ejecutadas sobre actividades programadas.	Informe con los resultados de evaluación con corte al I Semestre y con evaluación con corte anual del Plan de Gestión de la Calidad en Salud, remitido a la UFGCS del MINSA.	RM 519-2006/MINSA	Nivel Nacional 1. Actividades ejecutadas al I Semestre de la DIRESA o GERESA o DIRIS o SANIDAD o ESSALUD / actividades programadas al I Semestre del Plan de Gestión de la Calidad de las DIRESA o GERESA o DIRIS o SANIDAD o ESSALUD. 2. Actividades ejecutadas durante el año 2025 de la DIRESA o GERESA o DIRIS o SANIDAD o ESSALUD / actividades programadas año 2025 del Plan de Gestión de la Calidad de las DIRESA o GERESA o DIRIS o SANIDAD o ESSALUD	I Semestre: Hasta el 31 de julio 2025. Anual: Hasta el 31 de enero 2026
Garantía y Mejora		3	03LVSC	Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía en centros quirúrgicos de los establecimientos de salud	2	Acciones de monitoreo, supervisión y evaluación del cumplimiento en la aplicación de la LVSC 1. Data actualizada de equipos conductores y coordinadores de la LVSC por turno quirúrgico, designados mediante resolución o documento oficial 2. Consolidado de la encuesta semestral de evaluación de la implementación de la LVSC 3. Consolidado de las acciones y/o proyectos de mejora desarrollados en base a los resultados de la encuesta semestral de evaluación de la implementación de la LVSC. 4. Consolidado del registro de las capacitaciones/asistencias técnicas que se han realizado para la implementación de la LVSC 5. Consolidado de las acciones de monitoreo, visitas de supervisión y evaluación del cumplimiento en la aplicación de la LVSC 6. Promedio de la Tasa de mortalidad intraoperatoria de los EESS de su jurisdicción (Semestral y Anual) 7. Enlace drive de la base de datos (archivo excel) consolidado semestral y anual	Informe semestral y anual que incluye la siguiente información consolidada de los EESS de su jurisdicción que cuentan con centros quirúrgicos: 1. Data actualizada de equipos conductores y coordinadores de la LVSC por turno quirúrgico, designados mediante resolución o documento oficial 2. Consolidado de la encuesta semestral de evaluación de la implementación de la LVSC 3. Consolidado de las acciones y/o proyectos de mejora desarrollados en base a los resultados de la encuesta semestral de evaluación de la implementación de la LVSC. 4. Consolidado del registro de las capacitaciones/asistencias técnicas que se han realizado para la implementación de la LVSC 5. Consolidado de las acciones de monitoreo, visitas de supervisión y evaluación del cumplimiento en la aplicación de la LVSC 6. Promedio de la Tasa de mortalidad intraoperatoria de los EESS de su jurisdicción (Semestral y Anual) 7. Enlace drive de la base de datos (archivo excel) consolidado semestral y anual	RM N° 1021-2010/MINSA	Nivel Nacional 1. Nivel de implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía de acuerdo a la evaluación del cumplimiento de cada uno de los siete aspectos requeridos en las fuentes de verificación. 2. EESS de las DIRESAS o GERESAS o DIRIS o SANIDAD o ESSALUD que aplican Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía / Número de EESS que realizan intervenciones quirúrgicas de las DIRESAS o GERESAS o DIRIS o SANIDAD o ESSALUD 3. Incidentes o Eventos adversos relacionados a cirugías electivas realizadas en los EESS de su jurisdicción por Semestre / Cirugías electivas efectuadas por Semestre en EESS de la jurisdicción (Fuente: SINREA) 4. Promedio de la Tasa de mortalidad intraoperatoria de los EESS de su jurisdicción (Semestral y Anual)	I Semestre: Hasta el 31 de julio 2025. Anual: Hasta el 31 de enero 2026



Firmado digitalmente por
PALACIOS ZEVALLOS Maria Del
Rosario FAU 20131373237 hard
Motivo: 'Doy V° B°'
Fecha: 27.02.2025 10:16:11 -05:00



Firmado digitalmente por
GONZALEZ GARCIA Fanny Janet
FAU 20131373237 hard
Motivo: 'Doy V° B°'
Fecha: 27.02.2025 10:34:44 -05:00



Firmado digitalmente por MUÑOZ
AYALA Marisa Pamela FAU
20131373237 hard
Motivo: 'Doy V° B°'
Fecha: 27.02.2025 11:20:32 -05:00

CRITERIOS DE PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES DIRESA/GERESA/DIRIS/SANIDAD/ ESSALUD 2025

PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD

CARACTERÍSTICAS DE PROGRAMACIÓN DIRESAS, GERESAS, DIRIS, SANIDADES, ESSALUD									
Componente		DENOMINACIÓN		FACTOR DE CONCENTRACIÓN	DEFINICIÓN OPERACIONAL	FUENTE DE VERIFICACIÓN / REGISTRO	NORMATIVA	INDICADORES UFGCS MINSA(*)	PLAZO DE REMISIÓN A LA UFGCS
N°	CÓDIGO	CRITERIOS DE PROGRAMACIÓN	UNIDAD DE MEDIDA						
4	04REAS	Desarrollo de Actividades por el Día Mundial de la seguridad del paciente 17 de setiembre.	Informe	1	Acciones de gestión, organización por el Día mundial de la Seguridad del paciente: Actividades de capacitación, iluminación de entidades icónicas y/o establecimientos de salud del ámbito, entre otras, en el Marco de la 72ª Asamblea Mundial de la Salud donde los estados miembros de la OMS respaldaron el establecimiento del Día Mundial de la Seguridad del Paciente con (Resolución WHA72.6), 17 de setiembre.	Informe consolidado remitido a la UFGCS del MINSA que contenga el reporte de las actividades realizadas en los EESS de la jurisdicción de cada DIRESA o GERESA o DIRIS o SANIDADES o ESSALUD (opcional). Iluminación del frente de entidades icónicas de su jurisdicción) que incluya las evidencias de su desarrollo	OMS 72ª Asamblea Mundial de la Salud (Resolución WHA72.6)	Nivel Nacional Número de DIRESA o GERESA o DIRIS o SANIDAD o ESSALUD que informaron a la UFGCS del MINSA las Actividades realizadas por el Día mundial de la seguridad del paciente/ Total de DIRESA o GERESA o DIRIS o SANIDAD o ESSALUD.	Hasta el 31 de octubre 2025
					Acciones de monitoreo, supervisión y evaluación del procedimiento para el Registro, Notificación, Análisis y Gestión de la ocurrencia de Incidentes y/o Eventos Adversos en salud, en los establecimientos de salud.	Informe semestral y anual del consolidado de monitoreo, supervisión y evaluación de la DIRESA o GERESA o DIRIS o SANIDAD o ESSALUD, remitido a la UFGCS del MINSA, que incluya: 1. Consolidado del reporte de eventos adversos de los EESS de su jurisdicción, precisando por Categoría (tipo de evento) y por UFGSS 2. Consolidado de EESS de su jurisdicción que han reportado el análisis y gestión de sus eventos adversos graves y/o centinelas. (metodología Análisis de causa raíz). 3. EESS de primer nivel/Microrredes, Redes Integradas de Salud y Hospitales/Institutos de su ámbito que han recibido Asistencia técnica/capacitaciones en el registro, notificación, análisis y gestión del evento adverso e incidentes. 4. Consolidado de acciones de monitoreo, visitas de supervisión y evaluación del procedimiento para el Registro, Notificación, Análisis y Gestión de la ocurrencia de Incidentes y/o Eventos Adversos en salud, en los EESS de su jurisdicción 5. Registro obligatorio trimestral en el aplicativo SINREA 6. Enlace drive de la base de datos (archivo excel) consolidado semestral y anual			
5	05ACA	Implementación de la Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud en los establecimientos de salud.	Informe	2	Acciones realizadas para la implementación de la NTS de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud en los establecimientos de salud de la DIRESA/ GERESA/ DIRIS/ SANIDAD/ESSALUD.	Informe consolidado semestral y anual de implementación de la NTS de Auditoría de la Calidad de la atención en salud en EESS que incluya: 1. Comités de Auditoría (CAM y CAS) vigentes y conformados con resolución emitida (adjuntándolo a informe). 2. Plan Anual de Auditoría de la Calidad de la Atención aprobado. 3. Consolidado de Auditorías Programadas (evaluaciones de calidad de registros de HC y auditorías de calidad de la atención) y no Programadas (auditorías de caso) reportadas. 4. Informe del Seguimiento a la implementación de recomendaciones de informes de auditoría de la calidad de la atención y auditorías de caso. 5. Asistencias técnicas realizadas a los EESS de su jurisdicción.	RM N° 502-2016/MINSA	Nivel Nacional 1. Nivel de implementación de la Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud en base a la evaluación de los cinco aspectos precisados.	I Semestre: Hasta el 31 de julio 2025. Anual: Hasta el 31 de enero 2026



Firmado digitalmente por
FACILITADOR
Rosario FAU 20131373237 hard
Módulo: Doy V° B°
Fecha: 27.02.2025 10:18:54 -05:00



Firmado digitalmente por
GONZALEZ GARCIA Fanny Janet
FAU 20131373237 hard
Módulo: Doy V° B°
Fecha: 27.02.2025 10:35:47 -05:00



Firmado digitalmente por MUÑOZ
AYALA Minissa Pamela FAU
20131373237 hard
Módulo: Doy V° B°
Fecha: 27.02.2025 11:20:50 -05:00



CRITERIOS DE PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES DIRESA/GERESA/DIRIS/SANIDAD/ ESSALUD 2025
PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD

Componente		CARACTERÍSTICAS DE PROGRAMACIÓN DIRESA/ GERESA/ DIRIS/ SANIDADES/ ESSALUD					INDICADORES UFGOS (MNSA)	PLAZO DE REMISION A LA UFGOS
N°	CODIGO	CRITERIOS DE PROGRAMACIÓN	UNIDAD DE MEDIDA	FACTOR DE CONCENTRACIÓN	DEFINICIÓN OPERACIONAL	FUENTE DE VERIFICACIÓN / REGISTRO	NORMATIVA	
6	OSPMCC	Implementación del proceso de mejoramiento continuo de la calidad en salud; proyectos y acciones de mejora	Informe	2	Actividades para la elaboración e implementación, de los proyectos y/o acciones de mejoramiento continuo en base a la problemática identificada referente a las líneas de acción del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud y las prioridades sanitarias nacionales y regionales identificadas.	Informe emitido por las DIRESA/ GERESA/ DIRIS/ SANIDAD/ ESSALUD sobre la implementación del proceso de mejoramiento continuo que incluye: 1.Consolidado de EESS que han recibido Asistencias Técnicas/Capacitaciones sobre sobre Mejora Continua, Proyectos y Acciones de Mejora. 2. EESS de primer nivel/Microredes, Redes Integradas de Salud y Hospitales/Institutos de su ámbito, que han conformado formalmente Equipos de Mejora. 3. Porcentaje de establecimientos de su ámbito que informaron a la DIRESA/GERESA/DIRIS/SANIDAD/ESSALUD, que han elaborado/Implementado proyectos de mejora y/o acciones de mejora. 4. Enlace drive de la base de datos (archivo excel) consolidado semestral y anual	RM N° 095-2012/MINSA	Nivel Nacional 1. Número de DIRESA/ GERESA/ DIRIS/ SANIDAD/ ESSALUD que implementan el proceso de mejoramiento continuo en base a los criterios establecidos/ Total de DIRESA/GERESA/DIRIS/SANIDAD/ ESSALUD. I Semestre: Hasta el 31 de julio 2025. Anual: Hasta el 31 de enero 2026
7	OTDERE	Desarrollo del Encuentro Regional/Institucional de Experiencias en Mejoramiento Continuo de la Calidad en Salud.	Informe	1	Actividades de organización del Encuentro Regional o Institucional para la difusión de experiencias de mejoramiento continuo de la calidad en la atención en salud, desarrolladas e implementadas por los equipos de mejora de establecimientos de salud del ámbito.	Informe emitido por la DIRESA o GERESA o DIRIS o SANIDAD o ESSALUD de la realización del Encuentro Regional/Institucional de Experiencias en Mejoramiento Continuo de la Calidad en Salud.	RM N° 692-2012/MINSA	Nivel Nacional Número de DIRESA/ GERESA/ DIRIS/ SANIDAD/ ESSALUD que realizaron el Encuentro Regional /Institucional / Número de DIRESA/ GERESA/ DIRIS/ SANIDAD/ ESSALUD. Hasta el 31 de enero 2026
8	OSPMH	Implementación del proceso de Higiene de Manos en los establecimientos de salud.	Informe	2	Actividades desplegadas: Asistencia Técnica, acciones de monitoreo, supervisión y evaluación del cumplimiento del proceso de Higiene de manos por parte del personal de salud de los establecimientos de salud; técnica correcta y adherencia a los 5 momentos por grupo ocupacional, áreas críticas y servicios de hospitalización.	Informe semestral y anual del consolidado de monitoreo, supervisión y evaluación de la adherencia a la higiene de manos que contenga: 1. Consolidado de EESS a partir del I-3 que implementan la evaluación del proceso de higiene de manos: Técnica correcta, adherencia a los 5 momentos de higiene de manos 2. Informes trimestrales de consolidado del proceso de higiene de manos del personal de salud de los EESS de su jurisdicción, porcentaje de adherencia a los 5 momentos de higiene de manos (por grupo ocupacional, áreas críticas, servicios de hospitalización, según indicaciones) 3. Asistencia técnica/capacitaciones realizadas a los EESS de su jurisdicción en el proceso de evaluación de higiene de manos 4. Enlace drive de la base de datos (archivo excel) consolidado semestral y anual	RM N° 255-2016/MINSA RM N° E23-2020-MINSA	Nivel Nacional 1. Número de DIRESA o GERESA o DIRIS o SANIDAD o ESSALUD que implementan el proceso de Higiene de manos en los establecimientos de salud de su jurisdicción de acuerdo a los aspectos precisados en las fuentes de verificación 2. Porcentaje de adherencia a los 5 momentos de la higiene de manos según (grupo ocupacional, por UFGOS, según indicaciones) por DIRESA o GERESA o DIRIS o SANIDAD o ESSALUD / Total de DIRESA o GERESA o DIRIS o SANIDAD o ESSALUD 3. Tasa de Infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS) (Según Anexo N° 10 - NTS N° 163-MINSA/2020/CDC) de los hospitales e institutos de su jurisdicción (Fuente: DENOT, CDC) I Semestre: Hasta el 31 de julio 2025. Anual: Hasta el 31 de enero 2026



PERU MINSA



PERU MINSA



PERU MINSA

Firmado digitalmente por
PALACIOS ZEVALLOS Maria Del
FAU/20103103237 hard
Motivo: Doy V.B.
Fecha: 27.02.2025 10:19:30 -05:00

Firmado digitalmente por
GONZALEZ GARCIA Fanny Janet
FAU/20103103237 hard
Motivo: Doy V.B.
Fecha: 27.02.2025 10:38:12 -05:00

Firmado digitalmente por MUNOZ
AYALA Marisa Pamela FAU
FAU/20103103237 hard
Motivo: Doy V.B.
Fecha: 27.02.2025 11:21:05 -05:00

CRITERIOS DE PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES DIRESA/GERESA/DIRIS/SANIDAD/ ESSALUD 2025
PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD

CARACTERÍSTICAS DE PROGRAMACIÓN DIRESA, GERESA, DIRIS, SANIDADES, ESSALUD									
DENOMINACIÓN		UNIDAD DE MEDIDA	FACTOR DE CONCENTRACIÓN	DEFINICIÓN OPERACIONAL	FUENTE DE VERIFICACIÓN / REGISTRO	NORMATIVA	INDICADORES UFGCS MINSA(*)	PLAZO DE REMISIÓN A LA UFGCS	
Componente									
9	09RSP	Desarrollo de Actividades por el Día Mundial de Higiene de Manos 5 de mayo	Informe	1	Actividades desarrolladas por el Día mundial de la Higiene de Manos 5 de mayo (actividades de capacitación, difusión, videos y otros en los diferentes establecimientos de salud del ámbito)	Informe emitido por la DIRESA/GERESA/DIRIS/SANIDAD/ ESSALUD de las actividades realizadas en el Marco del Día Mundial de la higiene de Manos 5 de mayo.	RM N°251-2020-MINSA.	Nivel Nacional 1. Número de DIRESA/ GERESA/ DIRIS/ SANIDAD/ ESSALUD que realizaron Actividades por el día mundial de la higiene de manos 5 de mayo/ Total de DIRESA/GERESA/DIRIS/SANIDAD/ ESSALUD.	Hasta el 31 de julio 2025
					Acciones de gestión, monitoreo, supervisión y evaluación del cumplimiento de la implementación de las rondas de seguridad del paciente aplicadas en los establecimientos de salud.	Informe semestral y anual del consolidado de la implementación, monitoreo, supervisión de las Rondas de Seguridad del Paciente que incluya: 1. Número de Establecimientos de Salud a partir del I-4 que implementan la DS N°92, Rondas de seguridad del Paciente 2. Información consolidada del porcentaje de cumplimiento de las buenas prácticas de los EESS de su jurisdicción por nivel de atención a partir del I-4. 3. Información consolidada del porcentaje de acciones de mejora implementadas de sus EESS por nivel de atención 4. Asistencia técnica/capacitaciones realizadas a los EESS de su jurisdicción en la aplicación de Rondas de seguridad del paciente 5. Enlace drive de la base de datos (archivo excel) consolidado semestral y anual	RM N°163-2020-MINSA-Directiva Sanitaria 92-MINSA-2020/DGAIN	Nivel Nacional 1. Número de DIRESA o GERESA o DIRIS o SANIDAD o ESSALUD que implementan la Directiva de Rondas de Seguridad del paciente en base a las fuentes de verificación solicitadas. 2. Porcentaje de cumplimiento de Buenas Prácticas por DIRESA o GERESA o DIRIS o SANIDAD o ESSALUD/ Número total de DIRESA o GERESA o DIRIS o SANIDAD o ESSALUD. 3. Porcentaje de acciones de mejora implementadas por DIRESA o GERESA o DIRIS o SANIDAD o ESSALUD / Número total de DIRESA o GERESA o DIRIS o SANIDAD o ESSALUD.	I Semestre Hasta el 31 de julio 2025 Anual: Hasta el 31 de enero 2026
10	10PAES	Implementación del Proceso de Acreditación de establecimientos de salud (PAES).	Informe	1	Actividades de gestión para el desarrollo de las fases de la acreditación de EESS, dando prioridad a la Autoevaluación del Proceso de Acreditación de establecimientos de salud, mediante la evaluación del cumplimiento de estándares preestablecidos, agrupados por macroprocesos y clasificados en categoría de macroprocesos gerenciales, prestacionales y de Apoyo.	Informe consolidado anual de implementación de la primera fase de Autoevaluación del PAES emitido por DIRESA o GERESA o DIRIS o SANIDAD o ESSALUD con información que incluya: 1. EESS que conformaron Equipos de Acreditación. 2. EESS que Conformaron Equipos de evaluadores internos 3. Planes de Autoevaluación de EESS 2025 aprobados 4. Consolidado de EESS que comunicaron inicio de Autoevaluación a instancias superiores hasta el MINSA 5. EESS de su ámbito que presentaron Informe Técnico de Autoevaluación 2025 con reportes sematforizados emitidos por el aplicativo 6. Reporte de EESS con autoevaluación aprobada y solicitudes de evaluación externa generadas.	RM N° 456-2007/MINSA, RM N° 270-2009/MINSA	Nivel Nacional Número de DIRESA o GERESA o DIRIS o SANIDAD o ESSALUD que implementan el proceso de acreditación de establecimientos de salud en base a las fuentes de verificación solicitadas x 100 / Total de DIRESA o GERESA o DIRIS o SANIDAD o ESSALUD	Hasta el 31 de enero 2026



PERUMINSA



PERUMINSA



PERUMINSA

Firmado digitalmente por
PALACIOS ZEVALLOS, Maria Del
Rosario FAU 20131373237 hard
Mollo: Day V B
Fecha: 27.02.2025 10:19:53 -05:00

Firmado digitalmente por
GONZALEZ GARCIA, Any Janet
FAU 20131373237 hard
Mollo: Day V B
Fecha: 27.02.2025 10:36:34 -05:00

Firmado digitalmente por
AYALA Melissa Pamela FAU
20131373237 hard
Mollo: Day V B
Fecha: 27.02.2025 11:21:18 -05:00



CRITERIOS DE PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES DIRESA/GERESA/DIRIS/SANIDAD/ ESSALUD 2025

PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD

DENOMINACIÓN		CARACTERÍSTICAS DE PROGRAMACIÓN DIRESA, GERESA, DIRIS, SANIDADES, ESSALUD				
N°	CÓDIGO	CRITERIOS DE PROGRAMACIÓN	UNIDAD DE MEDIDA	FACTOR DE CONCENTRACIÓN	DEFINICIÓN OPERACIONAL	FUENTE DE VERIFICACIÓN / REGISTRO
Componente						NORMATIVA
11	11MSUE	Implementación de la metodología de la Evaluación de la satisfacción del usuario externo en los establecimientos de salud (a partir de la categoría I-3).	Informe	1	Elaboración del informe consolidado de los resultados de la evaluación de la satisfacción del usuario externo en consulta externa, hospitalización y emergencia de los establecimientos de salud (a partir de categoría I-3) de su jurisdicción.	R.M. N° 527-2011/MINSA DECRETO SUPLENTO N° 002-2019-SA
Indicadores		INDICADORES UFGCS MINSAL*				
		Nivel Nacional				
		1. Número de DIRESA/ GERESA/ DIRIS/ SANIDAD/ ESSALUD que remiten informe consolidado de los establecimientos de salud (a partir de categoría I-3) que realizan evaluación de la satisfacción del usuario externo en consulta externa/hospitalización /emergencia /total de DIRESA/ GERESA/ DIRIS/SANIDAD/ ESSALUD.				
		2. Número de reclamos fundados (EES a partir de categoría I-4) / Número total de reclamos recibidos (EES a partir de categoría I-4). (Fuente SUSALUD)				
		PLAZO DE REMISIÓN A LA UFGCS				
		Hasta el 31 de enero 2026				

* Indicadores calculados por la UFGCS

PERU

MINSA

PERU

MINSA

PERU

MINSA

Firmado digitalmente por ROSARIO ZEVALLOS, Maria Del Rosario FAU 20131373237 hard Motivo: Doy V° B° Fecha: 27.02.2025 10:15:31 -05:00

Firmado digitalmente por GARCIA, Yenny Janet FAU 20131373237 hard Motivo: Doy V° B° Fecha: 27.02.2025 10:37:21 -05:00

Firmado digitalmente por AYALA Marissa Pamela FAU 20131373237 hard Motivo: Doy V° B° Fecha: 27.02.2025 11:21:32 -05:00