INFORME N° 004–2025 /GOB.REG.HVCA/DIRESA-UERSA/DGS/GC

A	**: LIC. ENF. DANIEL RAMOS ARROYO** **DIRECTOR DE LA RED DE SALUD ACOBAMBA**
DE	**: LIC. ENF. MARCO ANTONIO MANCHA ÑAHUI** **RESPONSABLE DEL AREA DE GESTION DE LA CALIDAD EN SALUD**
C/A	**: ASEORIA JURIDICA-UERSA**
ASUNTO	**: SOLCITO APROBACION MEDIANTE RESOLUCION DIRECTORAL**
FECHA	**: Acobamba, 06 de febrero del 2024**

Es grato dirigirme a usted, para saludarlo cordialmente, así mismo, con la finalidad de contribuir a la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud y sus actividades dirigidas a la Mejora Continua de la calidad de los servicios de salud, solicito la aprobación mediante resolución directoral del PLAN ANUAL DE GESTION DE LA CALIDAD EN SALUD-2025.

A la espera de su pronta respuesta, queda agradecer su atención oportuna a lo solicitado.

Atentamente,

Marco Antonio Mancha Ñahui
LIC. EN ENFERMERIA
C.E.P 110747

C.c:

REG. DOC	
REG. EXP	

DIRECCION REGIONAL DE SALUD HUANVAVELICA

UNIDAD EJECUTORA 404 RED DE SALUD ACOBAMBA

ACOBAMBA-2025

INDICE

I. INTRODUCCIÓN 4
II. FINALIDAD 4
III. OBJETIVOS 4
IV. AMBITO DE APLICACIÓN 5
V. BASE LEGAL 5
VI. CONTENIDOS 6
VII. ANALISIS FODA DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD 9
VIII. ACTIVIDADES POR CADA OBJETIVO ESPECÍFICO 10
IX. ACCIONES DE MONITOREO, SUPERVISIÓN Y EVALUACIÓN DEL PLAN DEL GESTIÓN DE LA CALIDAD 13
X. RESPONSABILIDADES 13
XI. PRESUPUESTO 14
XII. FINANCIAMIENTO 14
XIII. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES 14

PLAN ANUAL DE CALIDAD EN SALUD – 2025

I. INTRODUCCIÓN:

El Ministerio de Salud del Perú (MINSA) ha implementado el Sistema de Gestión de la Calidad en Salud (SGCS) con el objetivo de mejorar la calidad de la atención que se brinda a la población y contribuir a mejorar su calidad de vida. Este sistema se basa en el reconocimiento del derecho a la salud y en el principio de "Salud para Todos", que demanda calidad en la oferta de servicios de salud. Las políticas que orientan la gestión de la calidad incluyen: Provisión de servicios de salud seguros, oportunos, continuos, pertinentes y humanos; Desarrollo de competencias del personal de salud; Participación de los usuarios y la comunidad; Mejora continua de la calidad. El SGCS establece principios, normas, metodologías y procesos para su implementación, orientado a obtener resultados de calidad en la atención. Esto se logra a través de la aplicación de políticas, normas y estándares de calidad internacionalmente reconocidos y adaptados a la realidad de las organizaciones de salud del país.

La implementación del SGCS busca mejorar la atención al paciente: asegurando servicios de salud seguros, oportunos, continuos, pertinentes y humanos, centrada en la participación, necesidades y expectativas de los usuarios, promoviendo el desarrollo de competencias del personal de salud. Permite prevenir errores médicos y promover prácticas seguras a través de procedimientos estandarizados y comunicación clara entre el personal de salud. Optimiza procesos y flujos de trabajo médicos y administrativos, mejorando la eficiencia en la entrega de servicios. Asimismo, optimiza el uso de recursos al identificar y eliminar ineficiencias, mejorando el aprovechamiento de los recursos humanos, materiales y financieros disponibles. Mejora la planificación y toma de decisiones permitiendo a los gestores y autoridades sanitarias tomar decisiones más informadas y efectivas.

La Implementación del sistema de gestión de la calidad en la región Huancavelica, presenta debilidades, fortalezas, amenazas y oportunidades que ha sido identificadas para su abordaje, es necesario que cada uno de los procesos de calidad cierre el ciclo de mejora continua al garantizar la toma de acciones y cumplimiento de las mismas. En un contexto donde la calidad de la atención de salud es fundamental para abordar problemas sanitarios prioritarios en la región como son: la desnutrición crónica infantil, anemia, trastornos de ansiedad, depresión, violencia, cáncer, HTA, Diabetes Mellitus, Mortalidad Materna y Embarazo en adolescentes; la implementación de la Gestión de la Calidad en los establecimientos de salud se convierte en un pilar clave para enfrentar con éxito estos desafíos y mejorar la eficiencia y sostenibilidad del sistema de salud.

II. FINALIDAD:

Fortalecer los procesos de mejora continua de la Calidad y Seguridad del Paciente, comprometiendo e involucrando al recurso humano en el desarrollo y cumplimiento de los objetivos a fin de generar una nueva cultura de gestión de calidad orientada al bienestar de los usuarios.

III. OBJETIVOS:

3.1. OBJETIVO GENERAL:

Implementar y cumplir los procesos del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, orientado a obtener resultados para la mejora continua de la calidad de atención.

3.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- **OE 1**: Fortalecer el proceso de planificación de la gestión de la calidad.
- **OE 2**: Implementación de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía.
- **OE 3**: Implementación de las rondas de seguridad del paciente.
- **OE 4**: Implementación del sistema de registro notificación análisis de ocurrencia de Incidente y evento Adverso.

- **OE 5**: Implementación del proceso de la adherencia de Higiene de Manos.
- **OE 6**: Implementación de la Auditoria de la Calidad de Atención.
- **OE 7**: Promover la cultura para la Mejora continua, proyectos de mejora.
- **OE 8**: Fortalecer el proceso de Autoevaluación para la Acreditación.
- **OE 9**: Evaluar el nivel de satisfacción de los usuarios externos mediante la aplicación de la encuesta SERVQUAL.
- **OE 10**: Fortalecer los procesos de mecanismos de escucha al usuario externo mediante el (PAUS), libro de reclamaciones.
- **OE 11**: Realizar el monitoreo, supervision y evaluacion de la implementacion de la Norma Técnica de Salud para la Gestion de la Historia Clinica.

IV. AMBITO DE APLICACIÓN:

El presente plan tiene como ámbito de aplicación y ejecución la jurisdicción de la Unidad Ejecutora N.°404 Red de Salud Acobamba, comprendidos en el Sistema de Gestión de la Calidad en Salud.

UNIDAD EJECUTORA N.°404 RED DE SALUD ACOBAMBA	
MICRORED	02
IPRESS	**CANTIDAD**
I-1	38
I-2	09
I-3/C.S. Mental Comunitario Acobamba (I-3)	07
I-4	01
II-1	01
TOTAL	**56**

V. BASE LEGAL:

- Ley N° 26842, Ley General de Salud.
- Ley N° 27783, Ley de Bases de Descentralización.
- KLey N° 27813, Ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud.
- Ley N° 29414, Ley que Establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud.
- Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.
- Ley N°29973, Ley General de la Persona con Discapacidad y sus modificatorias.
- Ley N°30421, Ley Marco de Telesalud, y sus modificatorias.
- Ley N°30885, Ley que establece la conformación y funcionamiento de las Redes Integradas de Salud – RIS.
- Ley N°30895, Ley que fortalece la función rectora del Ministerio de Salud.
- Ley N°30947, Ley de Salud Mental y su modificatoria.
- Ley N° 28683, Ley que modifica la ley N° 27408, ley que establece la atención preferente a las mujeres embarazadas, las niñas, niños, los adultos mayores, en lugares de atención al público.
- Ley N° 29414, Ley de Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud 2009.
- Ley Nº 31336. Ley Nacional del Cáncer.
- Ley 31333 Ley que modifica los artículos 121 y 122 del código penal, con el fin de introducir circunstancias agravantes específicas en caso de que la víctima sea profesional, técnico o auxiliar asistencial de la salud- 2021.
- Decreto Supremo N° 013-2006-SA, Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- Decreto Supremo N°024-2005-SA, que aprueba la Identificación Estándar de Datos en Salud.
- Decreto Supremo Nº 031-2014-SA que aprueba el Reglamento de Infracciones y Sanciones de la Superintendencia Nacional de Salud – SUSALUD.
- Decreto Supremo N.° 027-2015-SA que aprueba el Reglamento de la Ley N° 29414, Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud.
- Decreto Supremo N°019-2020-SA, Reglamento de la Ley N°30885, Ley que establece la conformación y funcionamiento de las Redes Integradas de Salud – RIS.
- Reglamento de la Ley N° 2914, Ley que establece Los Derechos de las Personas Usuaria de los Servicios de Salud (aprobado el 13 de agosto de 2015).
- Decreto Legislativo N°1490, que aprueba el Decreto Legislativo que fortalece los alcances de la Telesalud.
- Resolución Ministerial N°751-2004/MINSA, que aprueba la NTS N°018-MINSA/DGSP-V.01 “Norma Técnica del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de los Establecimientos del Ministerio de Salud”.

- Resolución Ministerial N° 041-2005/MINSA, que aprueba la Directiva N°049- MINSA/DGSP-V.01: "Directiva para el funcionamiento del Equipo de Gestión de Calidad en las Direcciones de Salud"
- Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, que aprueba el Documento Técnico Sistema de Gestión de la Calidad en Salud.
- Resolución Ministerial N.° 792-2006-MINSA, que aprueba el Documento Técnico: "Enfoque de Derechos Humanos, Equidad de Género e Interculturalidad - Marco Conceptual aprueba la "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo V.02".
- Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Política Nacional de Calidad en Salud".
- Resolución Ministerial N° 1021-2010/MINSA, que aprueba la "Guía Técnica de implementación de la lista de verificación de seguridad en la cirugía".
- Resolución Ministerial N° 546-2011/MINSA, que aprueba la NTS N° 021- MINSA/DGSP-V.03 Norma Técnica de Salud "Categorías de los establecimientos del Sector Salud".
- Resolución Ministerial Nº 464-2011/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Modelo de Atención Integral de Salud Basado en Familia y Comunidad
- 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° 095-2012/MINSA, que aprueba la "Guía Técnica para la elaboración de proyectos de mejora y las herramientas y técnicas para la gestión de la calidad".
- R.M. N° 827-2013/MINSA que aprueba la NTS N° 105-MINSA/DGSP-V.01, Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Materna
- Resolución Ministerial N° 099-2014/MINSA, que aprueba la Directiva Administrativa 197-MINSA/DGSP-V.01, "Directiva Administrativa que establece la Cartera de Servicios de Salud".
- Resolución Ministerial N° 255 -2016/MINSA, Guía Técnica para la Implementación del Proceso de Higiene de Manos en los Establecimientos de Salud.
- Resolución Ministerial N°356-2018/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Plan Nacional de Fortalecimiento de Servicios de Salud Mental Comunitario 2018-2021".
- RM N° 255-2016/MINSA: Guía Técnica para la Implementación del Proceso de Higiene de Manos en los Establecimientos de Salud
- Resolución Ministerial N° 502-2016/MINSA "que aprueba la Norma Técnica de Salud de Auditoria de la Calidad de Atención en Salud V 0.2", 2da. Versión.
- Resolución Ministerial N° 896-2017, que crea la Unidad Funcional de Gestión de Calidad en Salud y determina sus funciones generales.
- Resolución Ministerial N° 250-2017 que aprueba la Norma técnica – Manejo terapéutico y preventivo de la anemia en niños, adolescentes, mujeres gestantes y puérperas
- Resolución Ministerial N° 945-2017, que establece a la Unidad Funcional de la Gestión de la Calidad en Salud depende del Viceministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud
- Resolución Ministerial N.° 214-2018-MINSA que aprueba la NTS N° 139-MINSA/2018/DGAIN: "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica".
- Resolución Ministerial N° 163-2020/MINSA, que aprueba la Directiva Sanitaria N° 92 -MINSA/2020/DGAIN: "Directiva Sanitaria de Rondas de Seguridad del Paciente para la gestión del riesgo en la atención de salud"
- Resolución Ministerial N° 030-2020-MINSA que aprueba el Documento Técnico "Modelo de Cuidado Integral de Salud por Curso de Vida para la Persona, Familia y Comunidad (MCI)"
- Resolución Jefatura N°631-2016/IGSS "Sistema de Registro de incidentes, eventos adversos y eventos centinela".
- Resolución Directoral Regional N° 0365-2023 GOB-REG-HVCA-DIRESA, que aprueba las Prioridades Sanitarias Regionales para el Periodo 2023 Al 2026 de la Región Huancavelica.
- Resolución Ministerial Nº 184-2024/MINSA que aprueba las "Prioridades Nacionales en Salud 2024-2030".

VI. CONTENIDOS:

6.1. ASPECTOS TÉCNICOS CONCEPTUALES:

6.1.1. DEFINICIONES OPERATIVAS:

- **Acreditación:** Proceso de evaluación del funcionamiento de los establecimientos de salud, para lograr que los usuarios reciban una atención de mejor calidad: oportuna, completa, segura y con trato amable; la cual se verifica por un equipo de evaluadores externos al establecimiento y que está orientado a promover acciones de mejoramiento continuo de la calidad de atención y el desarrollo armónico de las unidades productoras de servicios de un establecimiento de salud o servicio médico de apoyo.
- **Acto de salud:** Es toda acción o actividad que realizan los profesionales de la salud, excepto el Médico Cirujano, para las intervenciones sanitarias de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, según corresponda; que se brindan al paciente,

familia y comunidad. La recuperación incluye la evaluación clínica, diagnóstico, pronóstico, terapéutica y seguimiento, según las competencias de cada profesional de la salud (*).

- **Acto médico:** Es toda acción o disposición que realiza el médico en el ejercicio de la profesión médica. Ello comprende los actos de prevención, promoción, diagnóstico, terapéutica, pronóstico y rehabilitación que realiza el médico en la atención integral de pacientes, así como los que se deriven directamente de éstos.
- **Atención de salud:** Es toda actividad desarrollada por el personal de la salud para la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, que se brinda a la persona, familia y comunidad.
- **Auditoría Médica**: Tipo de Auditoría sobre un Acto Médico, realizada por profesionales médicos, que no han participado en la producción de datos o la información, ni en la atención médica. Es la revisión detallada de registros y procesos médicos seleccionados con el objetivo de evaluar la calidad de la atención médica brindada. Incluye los aspectos de prevención, promoción, recuperación y rehabilitación en salud, así como el diagnóstico, tratamiento y evolución, y el uso de recursos, según corresponda.
- **Auditoría en Salud**: Tipo de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud sobre todo el proceso de atención realizada, o sobre un aspecto en particular de la atención (de enfermería, obstetricia, u otros); es llevada a cabo por profesionales de salud, capacitados y formados para realizar Auditoría de la Calidad. Puede incluir aspectos administrativos, relacionados directamente con la atención brindada.
- **Calidad de la atención:** Conjunto de actividades que realizan los establecimientos de salud y los servicios médicos de apoyo en el proceso de atención, desde el punto de vista técnico y humano, para alcanzar los efectos deseados tanto por los proveedores como por los usuarios, en términos de seguridad, eficacia, eficiencia y satisfacción del usuario.
- **Cultura de Seguridad:** Conjunto de valores y normas comunes de los individuos dentro de una misma organización e implica un modelo mental compartido que posiciona la seguridad como un objetivo común a perseguir.
- **Criterio:** Es aquel dispositivo legal, documento normativo, disposición, parámetro o requisito, basado en evidencias científicas, que ha sido vulnerado o incumplido, y que genera que se afecte la calidad de atención. Durante el proceso de auditoría sirve para contrastar la atención de salud. Es parte de la estructura de la redacción de cada uno de los Hallazgos en una Auditoría de Caso.
- **Garantía de Calidad**: Aplicación de procesos de mejora de la calidad en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, aunados al cumplimiento de indicadores de proceso y resultados, seleccionados por la autoridad de salud y las propias instituciones.
- **Gestión de la calidad:** Es el componente de la gestión institucional que determina y aplica la política de la calidad, los objetivos y las responsabilidades en el marco del sistema de gestión de la calidad y se llevan a cabo mediante planificación, garantía y mejoramiento de la calidad.
- **Guía de práctica clínica**: Recomendaciones desarrolladas sistemáticamente acerca de un problema clínico específico para asistir tanto al personal de la salud como a los pacientes en el proceso de toma de decisiones para una apropiada y oportuna atención a la salud.
- **Equipo de gestión de calidad:** Grupo de personas que trabajan para promover la evaluación de los servicios de salud, a fin de identificar problemas e implementar soluciones en base a una metodología sostenible para el mejoramiento de la calidad.
- **Evaluación de la Calidad:** Proceso referido a la valoración de la calidad de la atención, a través de estándares e indicadores de estructura, procesos y resultados.
- **Evento Adverso:** Daño, lesión o un resultado inesperado e indeseado en la salud del paciente, como consecuencia de problemas en la práctica, productos, procedimientos más que por la enfermedad subyacente del paciente.
- **Historia Clínica:** Es el documento médico legal, en el que se registra los datos de identificación y de los procesos relacionados con la atención del paciente, en forma ordenada, integrada, secuencial e inmediata a la atención que el médico u otros profesionales de salud brindan al paciente o usuario de salud y que son refrendados con la firma manuscrita o digital de los mismos. Las historias clínicas son administradas por las IPRESS**.**
- **Higiene de manos:** Término genérico que se refiere a cualquier medida adoptada para la limpieza de manos.
- **Incidente:** Suceso imprevisto y no intencional durante la atención de salud que no ha causado daño, pero que es susceptible de provocarlo en otras circunstancias. El daño que podría haber ocasionado al paciente es innecesario e imprevisto (hay daños en la atención

que son necesarios, como una incisión en la piel en una cirugía, y que no constituyen un incidente). Cuando un incidente causa daño o lesión se denomina evento adverso.

- **Indicador**: Variable que es susceptible de ser observada y valorada, cuantitativa o cualitativamente, permitiendo identificar y comparar el nivel o estado de una situación determinada.
- **Instrumentos de calidad:** Mecanismos tangibles utilizados para alcanzar el propósito del Sistema de Gestión de Calidad (Encuestas de satisfacción del usuario interno y externo, Formatos para la Autoevaluación, Matriz para el Análisis de los Resultados de Autoevaluación, Matriz para la Elaboración de Proyectos de Mejora Continua de la Calidad).
- **Mejoramiento continuo de la calidad:** Es una metodología que implica el desarrollo de un proceso permanente y gradual en toda la organización, a partir de los instrumentos de garantía de la calidad, con el fin de cerrar las brechas existentes, alcanzar niveles de mayor competitividad y encaminarse a constituir una organización de excelencia.
- **Rondas de Seguridad del Paciente:** Herramienta de calidad que permite evaluar la ejecución de las buenas prácticas de la atención en salud, recomendada para fortalecer la cultura de seguridad del paciente, consiste en una visita programada d un servicio seleccionado al azar en una determinada IPRESS, para identificar prácticas inseguras durante la atención de salud y establecer contacto directo con el paciente, familia y personal de salud, siempre con actitud educativa y no punitiva.
- **Satisfacción del usuario externo:** Grado de cumplimiento por parte de la organización de salud, respecto a las expectativas y percepciones del usuario en relación a los servicios que esta le ofrece.
- **Seguridad del paciente:** La ausencia de riesgo o daño potencial asociado con la atención sanitaria, que se basa en el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas con el objeto de minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.
- **Sistema de gestión de la calidad en salud:** Es el conjunto de elementos interrelacionados que contribuyen a conducir, regular, brindar asistencia técnica y evaluar a los establecimientos de salud del Sector y a sus dependencias públicas y privadas a nivel nacional, regional y local, en lo relativo a la calidad de atención y de la gestión.
- **Sistema de Notificación de Eventos Adversos:** Es un sistema de reporte que permite la identificación de eventos adversos e incidentes que ocurren durante la atención de salud a fin de realizar un análisis a profundidad de los factores que contribuyen a la presentación del evento o incidente.
- **Usuario externo:** Persona que acude a un establecimiento de salud para recibir una atención de salud de manera continua y con calidad, en el contexto de familia y comunidad.

6.1.2. DIMENSIONES DE LA CALIDAD:

a) **Dimensión técnico-científica**: Referida a los aspectos científicos-técnicos de la atención, cuyas características básicas son:

1. **Efectividad**: Referida al logro de cambios positivos (efectos) en el estado de salud del paciente que acude a nuestra institución.
2. **Eficacia**: Referida al logro de los objetivos en la prestación del servicio de salud a través de la aplicación correcta de las normas técnicas y administrativas.
3. **Eficiencia**: Uso adecuado de recursos estimados para obtener los resultados esperados.
4. **Continuidad**: Prestación interrumpida del servicio, sin paralizaciones o repeticiones innecesarias.
5. **Seguridad**: La forma en que se prestan los servicios de salud determinada por la estructura y los procesos de atención que buscan optimizar los beneficios y minimizar los riesgos para la salud del usuario externo.
6. **Integralidad**: El usuario recibe las atenciones de salud que su caso requiere y que se exprese en un interés por la condición de salud del acompañante.

b) **Dimensión Humana**: Relacionado al aspecto interpersonal de la atención y que tiene las siguientes características:

1. Respeto a los derechos,
2. Recibir información completa, veraz, oportuna;
3. Interés manifiesto en la persona, necesidades y demandas;
4. Amabilidad, trato cordial y empático en la atención.

c) **Dimensión del entorno**: Son las facilidades que nuestra institución dispone para mejorar la prestación de servicios y que generen un valor agregado para el usuario a costos razonables y sostenibles.

6.1.3. PRINCIPIO DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD:

1. **Enfoque al usuario:** La institución depende de los usuarios, por lo tanto, debemos entender sus necesidades presentes y futuras, satisfacer sus demandas y esforzarnos por exceder sus expectativas.
2. **Liderazgo:** Cumplimiento de los objetivos de la calidad, requiere que la alta dirección conduzca a la mejora continua de nuestra institución.
3. **Participación personal:** Personal que labora en nuestra institución, en todos los niveles, es la esencia de la organización, ya que mediante su compromiso posibilita el uso de sus habilidades y conocimientos en beneficio de la calidad.
4. **Enfoque basado en procesos:** Resultado deseado se alcanza más eficientemente cuando las actividades y los recursos relacionados se gestionan como un proceso.
5. **Enfoque sistémico para la gestión:** Identificar, comprender y gestionar los procesos interrelacionados como un sistema, contribuyendo a la eficacia y eficiencia.
6. **Mejora continua de la calidad:** La mejora continua del desempeño de la organización debe generar una necesidad permanente de elevar los estándares de calidad técnicos, humanos y administrativos.
7. **Toma de decisiones basada en evidencia:** Las decisiones eficaces se basan en el análisis de datos y la información.

6.1.4. DE LA GARANTÍA DE CALIDAD:

ESTÁNDARES E INDICADORES DE CALIDAD: Los estándares e indicadores de calidad evaluarán:

1. La competencia técnica y desempeño de los profesionales y personal que presta la atención, acordes con los servicios que oferta el establecimiento o servicio médico de apoyo.
2. La seguridad del paciente frente al riesgo de lesiones asociadas con los servicios de salud ofrecidos.
3. La continuidad de los servicios prestados.
4. La satisfacción del usuario o paciente en sus demandas y expectativas
5. El uso eficiente de los recursos.

6.1.5. ACTIVIDADES O PROCESOS DE EVALUACIÓN

1. La implementación de un programa de garantía de calidad en el establecimiento de salud.
2. La acreditación del establecimiento de salud o servicio médico de apoyo.
3. La ejecución periódica de auditorías de la atención de salud.
4. La definición, aplicación y evaluación de indicadores de calidad.
5. El establecimiento y evaluación de mecanismos para la atención de quejas, reclamos y sugerencias de los usuarios que permita conocer sus preferencias, necesidades, actitudes y expectativas
6. La evaluación del conocimiento y uso de documentos técnico-administrativos. Los estándares e indicadores exploran componentes de estructura, procesos y resultados.

6.2. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD:

6.2.1. INCIDENTE Y EVENTO ADVERSO:

La deficiencia identificada después de la evaluación anual es que no contar con un presupuesto programado o asignado en el POI limita a los coordinadores de calidad en salud el desarrollo de las actividades programadas para el cumplimiento de la implementación de la notificación de los incidentes y eventos adversos.

6.2.2. LAVADO DE MANOS:

La deficiencia identificada después de la evaluación anual para el cumplimiento de la adherencia de Higiene de Manos es en cuanto a equipamiento, insumos y materiales, dentro de ellas se encuentra el desabastecimiento de papel toalla, falta de alcohol gel, entre otros.

6.2.3. ESTABLECIMIENTOS DE SALUD QUE REALIZARON EL PROCESO DE AUTOEVALUACION 2024:

Los establecimientos que cumplieron con informar el informe técnico final del proceso de Autoevaluación para la Acreditación en sus IPRESS que realizaron en el año 2024 para cumplimiento de la Ficha 44 del Convenio de Gestión.

REDES DE SALUD	**CANTIDAD DE IPRESS QUE REALIZARON AUTOEVALUACION 2024**
Red de Salud Acobamba	55

6.2.4. PROYECTO DE MEJORA:

Red de Salud	**Microred**	**Hospital**
UE 404 Acobamba	01	01

6.2.5. AUDITORIA DE LA CALIDAD DE REGISTRO DE LAS HISTORIAS CLÍNICA

La red de salud de Acobamba no cumplió con la meta.

6.2.6. AUDITORIA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD:

La Red de Salud Acobamba es una de las que menos avance ha realizado.

VII. ANALISIS FODA DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD:

	OPORTUNIDADES	AMENAZAS	FORTALEZAS	DEBILIDADES
GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD	EVALUACION ANUAL VIRTUAL. ARTICULACION CON SALUD MENTAL RESPONSABLE DE CALIDAD COMPROMETIDO	EL 2024 LA RED DE ACOBAMBA, NO CUMPLIERON ACTIVIDADES, NO HUBO REPORTE DE INFORMACION.	SE CUENTA CON UN PLAN COMO RED Y CON EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO.	EL 2024 NO SE CUMPLIO CON LAS ACTIVIDADES PROGRAMADAS. EL PLAN ANUAL NO SE TRABAJA UN AÑO ANTES . RESPONSABLE DE CALIDAD MULTIFUNCIONAL
SEGURIDAD DEL PACIENTE RONDAS DE SEGURIDAD	FICHAS DENTRO DEL CONVENIO 45	CAMBIO CONSTANTE DE COORDINADORES	JEFES DE LOS EESS ESTAN COMPROMETIDOS	1INFRAESTRUCTUTA, INSUMOS
REGISTRO, NOTIFICACIÓN Y ANÁLISIS DE LA OCURRENCIA DE EVENTOS ADVERSOS		EL PERSONAL DE SALUD NO IDENTIFICAN LOS EVENTOS ADVERSOS. NO REPORTAN EVENTOS ADVERSOS LOS EESS	COMPROMISO DE LOS EESS	FALTA DE FORTALECIMIENTO DE CAPACITACION DE LA RED A LOS EESS DESCONOCIMEINTO DE LOS PROCESOS A CUMPLIR Y NOTIFICAR

IMPLEMENTACIÓN DEL PROCESO DE HIGIENE Y ADHERENCIA DE MANOS		FALTA DE COMPROMISO DE LOS EESS EN CUMPLIR CON LAS ACTIVIDADES	ARTICULACION ENTRE EPIDEMIOLOGIA Y CALIDAD PARA LA SUPERVISION DE HOGOENE DE MANOS DE MANOS. LAS RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	FALTA DE COMPROMISO, PRACTICA CONSTANTE DEL PERSONAL EN LA APLICACIÓN CORRECTA DE LA HIGIENE DE MANOS Y DE LOS 5 MOMENTOS.
IMPLEMENTACIÓN DE AUDITORIA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN	PRIORIDA DE SALUD	RESISTENCIA AL CAMBIO POR PARTE DEL PERSONAL DE SALUD CAMBIOS DE LOS RESPONSABLES DE CALIDAD, AUDITORIA Y MIEMBROS DE LOS COMITES	COMPROMISO CON LA MEJORA CONTINUA.	LOS MIEMBROS QUE CONFORMAN LOS COMITES DE AUDITORIA NO CUMPLEN EL PERFIL DE AUDITOR. RESPONSABLES DE CALIDAD NO REALIZAN EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LOS INFORMES DE AUDITORIA DE CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD Y AUDITORIAS DE CASO.
HERRAMIENTAS DE CALIDAD Y METODOLOGÍA PARA ELABORACIÓN DE PROYECTOS DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD (PMCC).	ENCUENTRO REGIONAL DE PROYECTOS DE MEJORA CONTINUA	PERSONAL DE SALUD CON CARGA LABORAL	CONFORMACION DE LOS EQUIPOS. PROYECTOS DE MEJORA CONTINUA EN DESARROLLO.	NO SE REALIZA SEGUIMIENTO PARA GARANTIZAR SOSTENIBILIDAD DE LOS PROYECTOS, POR FALTA DE PRESUPUESTO
AUTOEVALUACIÓN EN EL MARCO DE LA ACREDITACIÓN DE LAS IPRESS.	FICHA TECNICA 43 DE CONVENIOS DE GESTION PRIORIDADES NACIONALES Y REGIONALES		EQUIPOS CONFORMADOS Y CAPACITADOS	COMITÉ REGIONAL DE ACREDITACION INACTIVO NO SE SOCIALIZA LOS RESULTADOS DE ACREDITACION DE EESS AL EQUIPO DE GESTION CONSTANTE ROTACION DE RESPONSABLES
SATISFACCIÓN DEL USUARIO EXTERNO EN CONSULTA EXTERNA/ HOSPITALIZACIÓN/EMERGENCIA EN LAS IPRESS	FICHA 19, INDICADOR SANITARIO.	NO CONTAR CON ENCUESTADORES.	SE CUMPLEN LAS ACTIVIDADES ENCOMENDADAS	FALTA DE PLANIFICACION Y ORGANIZACION NO SE REALIZA UN PLAN DE ACCION FRENTE A LOS RESULTADOS DE LAS ENCUESTAS.
RECLAMOS A TRAVÉS DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA PLATAFORMA DE ATENCIÓN AL USUARIO.		NO SE CUMPLE EL PERIODO DE ABSOLUCION DE RECLAMOS. NO SE TIENE EVIDENCIAS DE NOTIFICACIÓN DE RESPUESTA HACIA LOS USUARIOS		NO SE TIENE UN ANALASIS DE LOS RECLAMOS MAS FRECUENTES NO HAY RESPONSABLES DE PAUS ESCLUSIVOS PARA EL AREA NO SE GARANTIZA ATENCION DE RECLAMOS EN EL HORARIO DE ATENCION DEL EESS

VIII. ACTIVIDADES POR CADA OBJETIVO ESPECÍFICO:

VISION DEL PERU AL 2050	
POLITICA DE ESTADO DEL ACUERDO NACIONAL Política N°13 Acceso universal a los servicios de salud y a la seguridad social	
EJES DE LA POLITICA GENERAL DE GOBIERNO Eje 8: Salud como derecho humano	
“POLÍTICA NACIONAL MULTISECTORIAL DE SALUD AL 2030 “PERÚ, PAÍS SALUDABLE” (PNMS) OP2: Asegurar el acceso a servicios integrales de salud de **calidad** y oportunos a la población.	
PLAN ESTRATEGICO MULTISECTORIAL (PEM) AL 2030 “PERÚ, PAÍS SALUDABLE” Aprobado mediante Decreto Supremo N° 016-2021-SA. Intervenciones que implementarán los objetivos priorizados de la Política Nacional Multisectorial de Salud AL 2030 en los respectivos planes del SINAPLAN, buscando asegurar su articulación con la asignación de recursos a través del presupuesto público.	
OBJETIVOS ESTRATÉGICOS	**ACTIVIDADES** **los criterios de programación establecidos para el 2024 por la Unidad Funcional de Gestión de la Calidad en Salud**

OE 1: Fortalecer el proceso de planificación de la gestión de la calidad	- Elaborar el Plan anual de Calidad en salud. - Socializar el Plan Anual de Calidad a las Redes, Hospitales, Microrredes e IPRESS - Realizar el consolidado del plan anual de calidad en salud. - Monitoreo del cumplimiento del plan Anual de Calidad. - Capacitar en los componentes de calidad en Salud a los equipos conductor y el coordinador de las IPRESS de I y II Nivel de Atención por vía virtual.
OE.2 Implementación de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía.	- Conformar el Equipo conductor y designar a la coordinación de la lista de verificación por turno quirúrgico mediante resolución directoral. - Informar el consolidado y análisis de encuestas de aplicación de la LVCS. - Elaborar Planes/ Acciones de mejora/ PMCC para la sostenibilidad de la LVCS. - Cuenta con Informe y evidencias de capacitaciones / asistencias técnicas que se han realizado para la implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.
OE 3: Implementar las rondas de seguridad del paciente en el nivel II, I-3 y I-4.	- Conformar el Equipo de rondas de seguridad del paciente aprobado mediante resolución directoral. - Plan anual y cronograma de las rondas de seguridad del paciente aprobado mediante resolución directoral. - Informes mensuales, porcentaje de rondas realizadas, análisis, socialización y seguimiento de los resultados de Rondas de Seguridad del Paciente, adjuntar anexo 3, anexo 6, anexo 7. - Informes semestrales con el porcentaje de rondas realizadas Análisis, socialización, adjuntar anexo 3, anexo 6, anexo 7 - Elaborar Planes/ Acciones de Mejora/ PMCC, para la sostenibilidad de las Rondas de seguridad del Paciente.
OE 4: Implementar el sistema de registro-notificación-análisis de ocurrencia de Incidente y evento Adverso.	- Conformar el comité de incidentes y eventos adversos en hospital y nivel I-4. - Informe oficial del número de establecimientos de salud (Red, hospital, UPSS) que implementan el registro y notificación de incidentes y eventos adversos y eventos centinela. - Elaboración del informe mensual (incidentes y eventos más frecuentes, servicios donde ocurren tasa prevalencia,) análisis de metodología causa raíz. - Elaboración del informe Trimestral (incidentes y eventos más frecuentes, servicios donde ocurren tasa prevalencia,) análisis de metodología causa raíz. - Informe con registro, evidencias de capacitación, asistencia técnica que han realizado al personal de salud. - Elaborar Planes/ Acciones de Mejora de los casos más frecuentes de incidencia o eventos adversos.
OE 5: Implementar el proceso de Higiene de Manos.	- Actividad por el día mundial de la higiene de manos (05 de mayo) en las 56 IPRESS. - Capacitación en la Metodología de Higiene de manos y adherencia de higiene de manos (DIRESA-UERSA). - Informe mensual de monitoreo o supervisión del cumplimiento la adherencia de higiene de manos (IPRESS-UERSA).

	- Informe Trimestral de monitoreo o supervisión del cumplimiento la adherencia de higiene de manos (DIRESA). - Informe con el análisis del porcentaje de adherencia del personal, según grupo ocupacional, porcentaje global.
OE 6: Implementar la Auditoria de la Calidad de Atención	- Conformación de Comités de Auditoría de la Calidad de Atención, con resolución directoral. - Contar con los Planes Anuales de Auditoría de calidad de Atención en Salud (IPRESS-UERSA). - Contar con informes de: Auditoria de Calidad de Atención en salud, Auditoria de calidad de registros asistenciales, y si hubiera presentado informe de Auditorías de caso (Meta:). - Informe mensual del cumplimiento DE LAS AUDITORIAS PROGRAMADAS en IPRESS y UERSA. - Informe de la implementación de las recomendaciones de las auditorias por las IPRESS.
OE 7: Promover la cultura para la Mejora continua, proyectos de mejora	- Conformar el Equipo de Mejora Continua en la Red de Salud, Hospital y Microredes formalmente con RESOLUCION DIRECTORAL. - Capacitar sobre Metodología de PMCC a los Equipo de mejora y responsables de los Proyectos presentados (DIRESA-UERSA). - Elaboración de los Proyectos de Mejora Continua Institucionalizado en el Hospital y Microredes. - Contar con el consolidado trimestral actualizado de los PMCC, según etapa y temática priorizada. - Participación en el Encuentro Regional de PMCC ejecutados al 100%.
OE 8: Fortalecer el proceso de acreditación	- Conformar los Equipos de Autoevaluadores internos, Equipo de Acreditación aprobado mediante resolución directoral. - Capacitación a los Autoevaluadores Internos de la red de salud y microredes por DIRESA-UERSA. - Contar con el plan para la Autoevaluación para el Proceso de Acreditación y comunicación de inicio a las IPRESS. - Socialización de los resultados de la Autoevaluación al comité de Gestión de la UERSA. - Elaborar el Plan de Intervención para la subsanación de observaciones de la Evaluación realizada. - Informe técnico sobre la Autoevaluación culminada.
OE 9: Determinar el nivel de satisfacción de los usuarios externos.	- Contar con los resultados del año anterior, con la finalidad de obtener los puntos críticos de cada UPSS encuestado. - Elaborar el Plan de Intervención, PMCC de acuerdo a los resultados obtenidos. - Realizar la Encuesta de Satisfacción de Usuario Externo. - Consolidado de sus EE. SS con categoría I-3 al II nivel de la evaluación-resultado de SUE (SERVQUAL)
OE 10: Fortalecer los mecanismos de escucha al usuario externo mediante el (PAUS) y libro de reclamaciones	- Diagnóstico de la implementación de PAUS de acuerdo al D.S N° 002-2019-SA: ambiente, RRHH, equipos, etc. - Conformación del Comité de absolución de reclamos y denuncias del PAUS de acuerdo al D.S N° 002-2019-SA en hospital y nivel I-4 de atención.

	- Actualización y/o elaboración del Manual de Procedimientos del Flujo de Atención de Consultas y Reclamos. - Designación de responsable de libro de reclamos, bajo documento (UERSA-IPRESS). - Elaborar consolidado de reclamos provenientes de IPRESS, Hospital y su análisis. - Reporte de situación de reclamos por trimestre o semestres el consolidado de reclamos (por tipo de reclamos) y análisis, al respecto hay propuesta de realizar mejora. - Informe de implementación de las recomendaciones de los resultados de los reclamos suscitados. • Informe de desarrolla acciones de capacitación al personal respecto a los derechos y deberes de los usuarios. • Informe de desarrollo acciones de difusión a los usuarios respecto a derechos y deberes, así como del proceso de atención de consultas y reclamos.
OE 11: Realizar el monitoreo, supervision y evaluacion de la implementacion de la Norma Tecnica de Salud para la Gestion de la Historia Clinica.	- Elaboración del Plan lnstitucional de Gestion de Historias Clínicas aprobado con Resolucion Directoral. - Conformacion y oficializacion del comite de Gestion de Historias Clínicas aprobado con Resolucion Directoral. - Reunion y socializacion para facilitar el proceso de Implementación de la Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica. - Informe mensual de implementación de la Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica. - Informe semestral de implementación de la Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica.

IX. ACCIONES DE MONITOREO, SUPERVISIÓN Y EVALUACIÓN DEL PLAN DEL GESTIÓN DE LA CALIDAD:

- El monitoreo del Plan del Gestión de la Calidad, se realizará en forma mensual.
- La supervisión del Plan del Gestión de la Calidad se realizará trimestralmente
- La evaluación de la implementación del Plan del Gestión de la Calidad, se realizará en forma semestral.

X. RESPONSABILIDADES:

- **DIRESA:**

  - Brindar asistencia técnica a los equipos de gestión de la calidad en el planeamiento, desarrollo del a diferentes estrategias, métodos instrumentos de gestión de la calidad.

  - Monitorear, supervisar y evaluar el Plan Anual de Calidad y Plan Operativo Institucional

- **UERSA:**

  - Implementar la normatividad vigente del Sistema de Gestión de la Calidad en el ámbito de su responsabilidad.

- Brindar asistencia técnica al Hospital, Microredes y EESS según corresponda para el desarrollo del sistema.

- Aplicar/brindar asesoría para el desarrollo de procesos de garantía y mejora de la calidad y en la elaboración e implementación de proyectos para la mejora de la calidad.

XI. PRESUPUESTO:

El área de Gestión de la Calidad en Salud no cuenta con presupuesto asignado para el presente año, sin embargo, ante una necesidad financiera el área de Programa Presupuestal dispone de presupuesto para actividades debidamente sustentadas y aprobadas.

XII. FINANCIAMIENTO:

Programa Presupuestal de la UERSA.

XIII. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES:

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES																			
COMPONENTE: PLANIFICACIÓN PARA LA CALIDAD																			
ACTIVIDAD					**META**	**CRONOGRAMA**													
	TAREA	**RESPONSABLE**	**UNIDAD DE MEDIDA**	**FRECUENCIA**		**E**	**F**	**M**	**A**	**M**	**J**	**J**	**A**	**S**	**O**	**N**	**D**		
ACTIVIDAD 01: ELABORACIÓN DEL PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD																			
OE1: Fortalecer el proceso de planificación de la gestión de la calidad	**TAREA N° 1:** Elaborar el Plan anual de Calidad en salud	GESTION DE LA CALIDAD-UERSA	Plan Elaborado aprobado bajo Resolución Directoral-UERSA, MICRORED (NUCLEOS), C.S. MENTAL COMUNITARIO Y HOSPITAL	Único	1		X												
	TAREA N° 2: Socializar el Plan Anual de Calidad	GESTION DE LA CALIDAD-UERSA	Acta de socialización	Único	1		X												
	TAREA N° 3: Realizar el consolidado del plan anual de calidad en salud 2025	GESTION DE LA CALIDAD-UERSA	Planes de calidad, adjuntando Resolución Directoral	Único	1		X												
	TAREA N° 4: Monitoreo del cumplimiento del plan Anual de Calidad	GESTION DE LA CALIDAD-UERSA	Informe de cumplimiento de actividades programadas	Mensual	100 %		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
	TAREA N° 5: Capacitar en los componentes de calidad en Salud a los equipos, coordinadores (DIRESA – UERSA).	GESTION DE LA CCALIDAD-UERSA	Informe de Capacitación con la lista de participantes en cada componente de calidad en salud	Según el cronograma	1		X												
COMPONENTE: SEGURIDAD DEL PACIENTE																			
ACTIVIDAS 02: SEGURIDAD DEL PACIENTE - IMPLEMENTACIÓN DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA EN LOS CENTROS QUIRÚRGICOS DE LAS IPRESS DE II NIVEL DE ATENCIÓN.																			
OE.2 Implementación de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía.	**TAREA N° 1:** Conformar el Equipo conductor y designar a la coordinación de la lista de verificación por turno quirúrgico mediante resolución directoral	Hospitales	Informe – adjuntar resolución del equipo	Único	1		X												
	TAREA N° 2: Informar el consolidado y análisis de encuestas de aplicación de la LVCS	Hospitales	Informe, trimestral	Trimestral	1			X			X			X			X	
	TAREA N° 3: Elaborar Planes/ Acciones de mejora/ PMCC para la sostenibilidad de la LVCS.	Hospitales	Informe de avance adjuntar su plan de Mejora / PMCC, uno por hospital.	Trimestral	1			X			X			X			x	
	TAREA N° 4: cuenta con Informe y evidencias de capacitaciones / asistencias técnicas que se han realizado para la implementación de la	Hospital	Informe	Semestral	1						X						X		

	Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.																	
ACTIVIDAS 03: SEGURIDAD DEL PACIENTE - IMPLEMENTACIÓN DE LA RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LAS IPRESS DE PRIMER NIVEL (I-4 Y I-3 DE ATENCIÓN).																		
OE.3 Implementación de las rondas de seguridad del paciente	**TAREA N° 1:** Conformar el Equipo de rondas de seguridad del paciente aprobado mediante resolución directoral.	UE 404 RS ACOBAMBA	Informe – adjuntar Resolución Directoral del equipo II-1, I-4 y I-3	Único	9		X											
	TAREA N° 2: Plana anual y cronograma de las rondas de seguridad del paciente aprobado mediante resolución directoral **(1 x mes en EESS II-1, I-4, I-3; 6 al año)**	UE 404 RS ACOBAMBA	Informe – adjuntar Resolución Directoral del equipo II-1, I-4 y I-3	Único	9		**X**											
	TAREA N° 3: Informe mensual porcentaje de rondas realizadas Análisis, socialización y seguimiento de los resultados de Rondas de Seguridad del Paciente Análisis, socialización, adjuntar anexo 3, anexo 6 y anexo 7 de Rondas de Seguridad del Paciente	UE 404 RS ACOBAMBA	Aprobar mediante resolución directoral. Informe del porcentaje **de rondas realizadas** Análisis, socialización y seguimiento de los resultados Rondas de Seguridad a DIRESA-HVCA	Mensual	9		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
	TAREA N° 4: Informes semestrales con el porcentaje de rondas realizadas Análisis, socialización, adjuntar anexo 3, anexo 6 y anexo 7 de Rondas de Seguridad del Paciente	UE 404 RS ACOBAMBA	Informe semestral de acciones de mejora (adherencia de higiene de manos)	Semestral	2						x						x	
	TAREA N° 5: Elaborar Planes/ Acciones de Mejora/ PMCC, en base a los resultados para la sostenibilidad de las Rondas de seguridad del Paciente.	UE 404 RS ACOBAMBA	Informe – adjuntar su Plan de Mejora / PMCC a la DIRESA uno por cada hospital.	Trimestral	12			X			X			X			x	
ACTIVIDAD 04: SEGURIDAD DEL PACIENTE - IMPLEMENTACIÓN DEL REGISTRO, NOTIFICACIÓN Y ANÁLISIS DE LA OCURRENCIA DE EVENTOS ADVERSOS EN SALUD DE LAS IPRESS.																		
OE.4 Implementación del sistema de registro-notificación-análisis de ocurrencia de Incidente y evento Adverso.	**TAREA N° 1:** Conformar el comité de incidentes y eventos adversos en Hospital, I-4.	UE 404 RS ACOBAMBA	Informe – adjuntar Resolución Directoral del equipo	Único	9		X											
	TAREA N° 2: Informe oficial del número de establecimientos de salud que implementan el registro y notificación incidentes y eventos adversos y eventos centinela.	UE 404 RS ACOBAMBA	Informe – Adjuntar lista de establecimientos que implementan	Único	9		X											
	TAREA N° 3: Elaboración del informe mensual (incidentes y eventos más frecuentes, servicios donde ocurren tasa prevalencia,) análisis de metodología causa raíz.	UE 404 RS ACOBAMBA	Informe	Mensual	9		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
	TAREA N° 4: Elaboración del informe Trimestral (incidentes y eventos más	UE 404 RS ACOBAMBA	Informe	Trimestral	9			X			X			X			X	

	frecuentes, servicios donde ocurren tasa prevalencia,) análisis de metodología causa raíz.																	
	TAREA N° 5: Informe con registro, evidencias de capacitación, asistencia técnica que han realizado al personal de salud.	UE 404 RS ACOBAMBA	Informe	Semestral	2						X						X	
	TAREA N° 6: Elaborar Planes/ Acciones de Mejora de los casos más frecuentes de incidencia o eventos adversos.	UE 404 RS ACOBAMBA	Informe con plan de mejora	Semestral	9						x	x						
ACTIVIDAD 05: IMPLEMENTACIÓN DEL PROCESO DE HIGIENE Y ADHERENCIA DE MANOS EN LAS IPRESS																		
OE.5 Implementación del proceso de Higiene de Manos.	**TAREA N° 1:** Actividad por el día mundial de la higiene de manos (05 de mayo).	UE 404 RS ACOBAMBA	Informe consolidado por redes y hospitales de actividad por realizada	Único	56					X								
	TAREA N° 2: Capacitación en la Metodología de Higiene de manos y adherencia de higiene de manos DIRESA Y UERSA	UE 404 RS ACOBAMBA	Informe con la lista de personal capacitado.	Anual	2				X									
	TAREA N° 3: Informe mensual de monitoreo o supervisión del cumplimiento de Higiene de manos.	UE 404 RS ACOBAMBA	Informe de EESS	Mensual	56		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
	TAREA N° 4: Informe Trimestral de monitoreo o supervisión del cumplimiento de Higiene de manos (DIRESA).	UE 404 RS ACOBAMBA	Informe de redes y hospitales	Semestral	4			X			X			X			X	
	TAREA N° 5: Informe con el análisis del Porcentaje de adherencia del personal, según grupo ocupacional, porcentaje global.	UE 404 RS ACOBAMBA	Informe	Anual	1												x	
ACTIVIDAD 06: IMPLEMENTACIÓN DE AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN LAS IPRESS																		
OE.6 Implementación de la Auditoria de la Calidad de Atención	**TAREA N° 1:** Conformación de Comités de Auditoría de la Calidad de Atención.	UE 404 RS ACOBAMBA	RD de Conformación de los Comités de Auditoría	Único	9		X											
	TAREA N°2: Contar con los Planes Anuales de Auditoría de calidad de Atención en Salud.	UE 404 RS ACOBAMBA	Plan Anual aprobado con Resolución Directoral	Único	9		X											
	TAREA N° 3: Capacitación en Auditoria de la calidad de atención en salud	UE 404 RS ACOBAMBA/ DIRESA HUANCAVELICA	Informe de Capacitación	Semestral	2			X						X				
	TAREA N° 4: Contar con informes de elaboración de: 1. Auditorias de Calidad de Atención en salud. 2.Auditorias de calidad de registros asistenciales. 3.Auditorías de caso.	UE 404 RS ACOBAMBA	Informe	Trimestral	9			X			X			X			X	

	TAREA N° 5: Informe mensual del cumplimiento de las auditorias programadas (IPRESS-UERSA)	UE 404 RS8 ACOBAMBA	Informe	Semestral	9		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
	TAREA N° 6: Informe de la implementación de las recomendaciones de las auditoria de casi IPRESS.	UE 404 RS ACOBAMBA	Informe del seguimiento de recomendaciones	Semestral	2						X						X		
ACTIVIDAD 07: USO DE HERRAMIENTAS DE CALIDAD Y METODOLOGÍA PARA ELABORACIÓN DE PROYECTOS DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD (PMCC).																			
OE.7 Promover la cultura para la Mejora continua, proyectos de mejora	**TAREA N° 1:** Conformar Equipo de mejora en la UERSA y Hospital	UE 404 RS ACOBAMBA	Equipo de Proyecto de Mejora designado con resolución directoral	Único	9		x												
	TAREA N° 2: Capacitar sobre Metodología de PMCC a los Equipo de mejora y responsables de los Proyectos presentados (DIRESA-UERSA)	UE 404 RS ACOBAMBA	Informe con la lista de Equipos de mejora de las redes de salud hospitales y Microredes capacitados	único	1		X												
	TAREA N° 3: Elaboración de los Proyectos de Mejora Continua Institucionalizado en el Hospital y EESS	UE 404 RS ACOBAMBA	Proyecto de Mejora Institucionalizado presentado el avance	Trimestral	1			X			X			X			X		
	TAREA N° 4: Contar con el consolidado trimestral actualizado de los PMCC, según etapa y temática priorizada, remitido oficialmente por el hospital y EESS	UE 404 RS ACOBAMBA	Informe de listado de PMCC según etapa y temática priorizada	Trimestral	9			X			X			X			X		
	TAREA N° 5: Participación en el Encuentro Regional de los PMCC	UE 404 RS ACOBAMBA	Participación en Encuentro Regional	Único	1			x											
ACTIVIDAD 8: AUTOEVALUACIÓN EN EL MARCO DE LA ACREDITACIÓN DE LAS IPRESS																			
OE8: Fortalecer el proceso de acreditación	**TAREA N° 1:** Conformar los Equipos de Autoevaluadores internos, Equipo de Acreditación y Elaboración de Plan de Autoevaluación	UE 404 RS ACOBAMBA	Resolución Directoral	Informe	9		X												
	TAREA N° 2: Capacitación a los Autoevaluadores Internos de las redes de salud y microredes de salud.	UE 404 RS ACOBAMBA	Equipo de Evaluadores Internos capacitados	Informe	1			X											
	TAREA N° 3: Contar con el listado de plan para la Autoevaluación y comunicación de inicio.	UE 404 RS ACOBAMBA	Planes aprobados con RD	Informe	9			X											
	TAREA N° 4: Socialización de los resultados de la Autoevaluación al comité de Gestión de la UERSA	UE 404 RS ACOBAMBA	Informe de socialización	Informe	1			X											
	TAREA N° 5: Elaborar el Plan de Intervención para la subsanación de observaciones de la Evaluación realizada para el año 2026.	UE 404 RS ACOBAMBA	Plan aprobado	Único	1												X		
	TAREA N° 6: Informe técnico sobre la Autoevaluación culminada.	UE 404 RS ACOBAMBA	Remisión de Informe a la DIRESA-Hvca	Anual	1												X		

COMPONENTE: INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD																		
ACTIVIDAD 9: MEDICIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO EXTERNO EN CONSULTA EXTERNA/ HOSPITALIZACIÓN/EMERGENCIA EN LAS IPRESS																		
OE.9 Determinar el nivel de satisfacción de los usuarios externos mediante la aplicación de la encuesta SERVQUAL.	**TAREA N° 1:** Contar con los resultados del año anterior, con la finalidad de obtener los puntos críticos de cada UPSS encuestado	UE 404 RS ACOBAMBA	Resultado de la encuesta del año anterior informe técnico análisis del resultado de la evaluación SUE, por dimensiones	Anual	1		X											
	TAREA N° 2: Elaborar el Plan de Intervención, PMCC de acuerdo a los resultados obtenidos 9	UE 404 RS ACOBAMBA	Plan aprobado RD	Único	1			X										
	TAREA N° 3: Realizar la Encuesta de Satisfacción de Usuario Externo (II-1, I-4, I-3)	UE 404 RS ACOBAMBA	Encuestas realizadas informe, identificación e implementación de acciones de mejora	Anual	1							X						
	TAREA N° 4: Consolidado de sus EE.SS con categoría I-3 al II nivel de la evaluación-resultado de SUE (SERVQUAL)	UE 404 RS ACOBAMBA	Informe técnico análisis - Anual	Anual	1											X		
ACTIVIDAD 10: FORTALECER EL SISTEMA DE RECLAMOS A TRAVÉS DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA PLATAFORMA DE ATENCIÓN AL USUARIO.																		
OE.10 Fortalecer los mecanismos de escucha al usuario externo mediante el (PAUS), libro de reclamaciones	**TAREA N° 1:** Diagnóstico de la implementación de PAUS de acuerdo al D.S N° 002-2019-SA: ambiente, RRHH, equipos, etc.	UE 404 RS ACOBAMBA	Informe	Único	1		X											
	TAREA N° 2: Conformación del Comité de absolución de reclamos y denuncias del PAUS de acuerdo al D.S N° 002-2019-SA	UE 404 RS ACOBAMBA	Resolución Directoral	Único	9		X											
	TAREA N° 3: Actualización y/o elaboración del Manual de Procedimientos del Flujo de Atención de Consultas y Reclamos	UE 404 RS ACOBAMBA	Manual de Procedimientos aprobado	Único	9		X											
	TAREA N° 4: Designación de responsable de libro de reclamos, bajo documento (UERSA)	UE 404 RS ACOBAMBA	Informe	Único	9			X										
	TAREA N° 5: Elaborar consolidado de reclamos provenientes de IPRESS, Hospital y su análisis	UE 404 RS ACOBAMBA	Informe	Trimestral	9			X			X			X			X	
	TAREA N° 6: Informe de implementación de las recomendaciones de los resultados de los reclamos suscitados	UE 404 RS ACOBAMBA	Plan de intervención	Trimestral	9			X			X			X			X	
ACTIVIDAD 11: MONITOREO, SUPERVISION Y EVALUACION DE LA GESTION DE HISTORIAS CLINICAS																		
OE. 11 Realizar el monitoreo, supervision y evaluacion de	**TAREA N°1**: Elaboración del Plan lnstitucional de Gestion de Historias Clínicas aprobado con Resolucion Directoral.	UE 404 RS ACOBAMBA	Plan Elaborado aprobado bajo Resolución Directoral	Unico	9		X											

la implementacion de la Norma Tecnica de Salud para la Gestion de la Historia Clinica	**TAREA N°2**: Conformacion y oficializacion del comite de Gestion de Historias Clínicas aprobado con Resolucion Directoral.	UE 404 RS ACOBAMBA	Resolución Directoral	Unico	9		X											
	TAREA N°3: Reunion y socializacion para facilitar el proceso de Implementación de la Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica.	UE 404 RS ACOBAMBA	Cuaderno de Actas	Unico	9		X											
	TAREA N°4: Informe mensual de implementación de la Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica.	UE 404 RS ACOBAMBA	Informes	Mensual	9		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
	TAREA N°5: Informe semestral de implementación de la Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica.	UE 404 RS ACOBAMBA	Informes	Semestral	2						X						X	

XIV. ANEXOS:

Ficha N° 45: Fortalecimiento de la gestión de riesgos en la atención de salud y la mejora continua de la calidad mediante la aplicación de rondas de seguridad del paciente.

Nombre	Fortalecimiento de la gestión de riesgos en la atención de salud y la mejora continua de la calidad mediante la aplicación de Rondas de Seguridad del Paciente	
Tipo	Compromiso de mejora de los servicios de salud	
Ámbito de evaluación	Hospitales con población asignada, Hospitales e Institutos	
Definición	La Ronda de Seguridad del Paciente, es una herramienta de calidad que permite evaluar la ejecución de las Buenas prácticas de la Atención en Salud, recomendada para fortalecer la cultura de seguridad del paciente, consiste en una visita programada de una UPSS seleccionada al azar en una determinada IPRESS, liderado por la máxima autoridad de ésta, con la finalidad de identificar prácticas inseguras durante la atención de salud y establecer contacto directo con el paciente, familia y personal de salud, siempre con actitud educativa y no punitiva.	
Justificación	Alrededor de 1 de cada 10 pacientes resulta con un daño cuando recibe atención de salud y cada año, más de 3 millones de personas fallecen como consecuencia de ello. En los países de ingresos medianos y bajos, 4 de cada 100 personas mueren por este motivo. Más de la mitad de estos daños son prevenibles. Las causas habituales son los errores en la prescripción de medicamentos, errores cometidos durante la identificación de pacientes, caída de pacientes, aparición de ulceras por de cúbito, infecciones asociadas a la atención de salud, errores diagnósticos, entre otras prácticas de atención inseguras.[21] La Directiva Sanitaria N°092-MINSA/2020/DGAIN "Directiva Sanitaria de Rondas de Seguridad del Paciente para la gestión del riesgo en la atención de salud" aprobada mediante Resolución Ministerial N°163-2020-MINSA, señala que la aplicación de Rondas de seguridad del paciente, permite evaluar la ejecución de las Buenas Prácticas de la Atención en Salud, identificar oportunamente los actos inseguros, prevenir y reducir los riesgos en la atención de salud, a través de la evaluación del cumplimiento de los verificadores que aseguren prácticas seguras; lo que permitirá contar con sistemas seguros, implementando estrategias de mejora continua en seguridad del paciente con participación efectiva del equipo multidisciplinario.[22]	
	HOSPITALES NIVEL II (CON POBLACION ASIGNADA, SIN POBLACIÓN ASIGNADA) **<u>Criterio 1</u>:** **Programación de Rondas de Seguridad del Paciente.** **1.1** Según lo establecido en la Directiva Sanitaria N°092/2020/DGAIN, el Hospital conforma y reconoce mediante acto resolutivo o documento oficial de la máxima autoridad o titular de la IPRESS un Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente. **El documento oficial, debe ser aprobado y publicado en la web institucional hasta el mes de enero del 2025.** **1.2** El Hospital ha elaborado y cuenta con un Cronograma de Rondas de Seguridad del Paciente correspondiente al periodo 2025, el cual está aprobado con acto resolutivo o documento oficial de la máxima autoridad o titular de la IPRESS, **que incluya mínimo (01) una ronda de seguridad por mes** según el anexo 1 de la Directiva Sanitaria N°092/2020/DGAIN. (firmado por el titular/responsable de la IPRESS, responsable de la Oficina/Unidad de Gestión de Calidad, responsable de la Oficina de Epidemiología y el responsable del Departamento/servicio de Enfermería).	Cumple con las acciones según lo establecido en **criterio 1** **30%**

Logro esperado y porcentaje de cumplimiento	**El documento oficial, debe ser aprobado y publicado en la web institucional Hasta el mes de enero del 2025.** Oficio comunicando la aprobación y publicación en página web institucional remitido a través de la DIRESA/GERESA / DIRIS, mediante el Sistema de Gestión Documental, al Despacho Viceministerial de Prestaciones y Aseguramiento en Salud con atención a la Unidad Funcional de Gestión de la Calidad en Salud. **Plazo de recepción en el Ministerio de Salud mediante el Sistema de Gestión Documental: criterio 1.1 y 1.2: hasta 28 de febrero 2025** **Fuente auditable:** documento de conformidad elaborado por la Unidad Funcional de Gestión de la Calidad en Salud, del Despacho Viceministerial de Prestaciones y Aseguramiento en Salud. (Publicado en la Página Web del Ministerio de Salud).	
	Criterio 2: **2.1. Informes de aplicación de Rondas de Seguridad del Paciente.** El Hospital elabora el informe semestral (I, II) que contiene información de la ejecución de (06) seis Rondas de Seguridad del Paciente por semestre; **cumpliendo estrictamente el cronograma aprobado, debiendo seleccionarse en la RSP por semestre obligatoriamente la UPSS de: Emergencia, Cuidados Intensivos (UCI general o adulto), Centro Obstétrico y Centro Quirúrgico.** El informe debe contener los siguientes **anexos legibles**: **Anexo 3** Hojas de Resultados de evaluación debidamente firmados por todos los miembros del equipo de rondas de seguridad del paciente **Anexo 6** Planes de Acción elaborados y firmados por los jefes de los servicios visitados. El plan incluirá entre otras, acciones orientadas a la mejora de la adherencia a los 5 momentos para la higiene de manos establecido por la OMS y a la técnica de la higiene de manos del personal de salud para la reducción de IAAS (acciones de capacitación, evaluación de adherencia por grupo ocupacional y servicios) y la evidencia que sustente la aplicación e implementación de las medidas correctivas en cada semestre. **Anexo 7** Fichas de monitoreo que muestra la implementación de al menos el 50% de las acciones correctivas del Plan del anexo 6 (evidencia de implementación de acciones para la mejora de la adherencia a los 5 momentos para la higiene de manos establecido por la OMS para la reducción de IAAS, evidencia que sustente las acciones de mejora implementadas al 100% en relación con el verificador inseguro, listado de seguimiento de las acciones de mejora implementadas) en cada semestre. Remitido a través de DIRESA/GERESA/DIRIS mediante el Sistema de Gestión Documental al Despacho Viceministerial de Prestaciones y Aseguramiento en Salud con atención a la Unidad Funcional de Gestión de la Calidad en Salud. **Plazo de recepción en el Ministerio de Salud, mediante el Sistema de Gestión Documental:** • **I semestre hasta 31 de julio 2025** • **II semestre hasta 31 de diciembre 2025** **Fuentes auditables**: documentos semestrales de conformidad elaborada por la Unidad Funcional de Gestión de la Calidad en Salud, del Despacho Viceministerial de Prestaciones y Aseguramiento en Salud. (Publicado en la Página Web del Ministerio de Salud).	Cumple con las acciones según lo establecido en **criterio 2** **70%**
	HOSPITALES Nivel III e INSTITUTOS **Criterio 1:** **Programación de Rondas de Seguridad del Paciente.** 1.1 Según lo establecido en la Directiva Sanitaria N°092/2020/DGAIN, el Hospital o	Cumple con las acciones según lo

	Instituto, conforma y reconoce mediante acto resolutivo o documento oficial de la máxima autoridad o titular de la IPRESS, un Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente. **El documento oficial, aprobado y publicado en la web institucional hasta el mes de enero del 2025** 1.2 El hospital e Instituto ha elaborado y cuenta con un Cronograma de Rondas de Seguridad del Paciente correspondiente al período 2025, el cual está aprobado con acto resolutivo o documento oficial, **que incluya mínimo (01) una ronda por mes**. Según el anexo 1 de la Directiva Sanitaria N°092/2020/DGAIN. (firmado por el titular/responsable de la IPRESS, responsable de la Oficina/Unidad de Gestión de Calidad, responsable de la Oficina de Epidemiología y el responsable del Departamento/servicio de Enfermería). **El documento oficial, aprobado y publicado en la web institucional hasta el mes de enero 2025** Oficio comunicando la aprobación y publicación en página web institucional remitido a través de DIRESA/GERESA / DIRIS mediante el Sistema de Gestión Documental, al Despacho Viceministerial de Prestaciones y Aseguramiento en Salud con atención a la Unidad Funcional de Gestión de la Calidad en Salud, los Institutos Nacionales remiten directamente a la Unidad Funcional de Gestión de la Calidad en Salud, del Despacho Viceministerial de Prestaciones y Aseguramiento en Salud. **Plazo de recepción en el Ministerio de Salud, mediante el Sistema de Gestión Documental: criterio 1.1 y 1.2: hasta 28 de febrero 2025** **Fuente auditable:** documento de conformidad elaborado por la Unidad Funcional de Gestión de la Calidad en Salud del Despacho Viceministerial de Prestaciones y Aseguramiento en Salud. (Publicado en la Página Web del Ministerio de Salud).	establecido en **criterio 1** **30%**
Logro esperado y porcentaje de cumplimiento	**Criterio 2:** 2.1. Informe **de aplicación de Rondas de Seguridad del Paciente** El Hospital e Instituto elabora el Informe Semestral (I, II) que contiene información de la ejecución de (06) seis Rondas de Seguridad del Paciente; **mínimo (01) una por mes y cumpliendo estrictamente el cronograma aprobado, debiendo aplicarse en la RSP obligatoriamente por semestre la UPSS de: Emergencia, Cuidados Intensivos (UCI general, UCI pediátrica y Neonatal), centro Obstétrico, Centro Quirúrgico.** El informe debe contener los siguientes **anexos legibles**: **Anexo 3** hojas de Resultados debidamente firmados por todos los miembros del equipo de rondas de seguridad del paciente, con resultados mayor o igual al 70%, en cada una de las Rondas de seguridad del paciente aplicadas. **Anexo 6** Planes de Acción elaborados y firmados por los Jefes de los servicios visitados. El plan incluirá entre otras, acciones orientadas a la mejora de la adherencia a los 5 momentos para la higiene de manos establecido por la OMS y a la técnica y de la higiene de manos del personal de salud para la reducción de IAAS (acciones de capacitación, evaluación de adherencia por grupo ocupacional y servicios) y la evidencia que sustente la aplicación e implementación de las medidas correctivas. **Anexo 7** Fichas de monitoreo que muestra la implementación de al menos el 70% de las acciones correctivas del Plan, (evidencia de implementación de acciones para la mejora de la adherencia a los 5 momentos para la higiene de manos establecido por la OMS para la reducción de IAAS, evidencia que sustente las acciones de mejora implementadas al 100% en relación con el verificador inseguro), listado de seguimiento de las acciones de mejora implementadas, por semestre. Remitido a través de la DIRESA/GERESA / DIRIS, mediante el Sistema de Gestión Documental, al Despacho Viceministerial de Prestaciones y Aseguramiento en Salud atención a la Unidad Funcional de Gestión de la Calidad en Salud, los Institutos Nacionales remiten directamente a la Unidad Funcional de Gestión de la Calidad en Salud, del Despacho Viceministerial de Prestaciones y Aseguramiento en Salud.	Cumple con las acciones según lo establecido en **criterio 2** **70%**

	Plazo de recepción en el Ministerio de Salud, mediante el Sistema de Gestión Documental: • **Informe I semestre hasta el 31 de julio 2025** • **Informe II semestre hasta el 31 de diciembre 2025** **Fuente auditable**: documentos semestrales de conformidad elaborada por la Unidad Funcional de Gestión de la Calidad en Salud del Despacho Viceministerial de Prestaciones y Aseguramiento en Salud. (Publicado en la Página Web del Ministerio de Salud).	
Responsable técnico	Unidad Funcional de Gestión de la Calidad en Salud del Vice Ministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud-DVMPAS	
Responsable de la información	Unidad Funcional de Gestión de la Calidad en Salud del Vice Ministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud-DVMPAS	
Frecuencia de medición	Anual	
Fuente de datos	Informe elaborado por la Unidad Funcional de Gestión de la Calidad en Salud-UFGCS del Vice Ministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud-DVMPAS, en base a los informes remitidos por las DIRESA/GERESA/DIRIS e Institutos Nacionales	
Notas	La actualización de la ficha técnica durante la vigencia del dispositivo que lo aprueba, corresponde al MINSA, la misma que se puede dar por modificaciones normativas o situaciones de emergencia.	

FICHA TECNICA N°16

Evaluacion de la Calidad de Registro de las Historias Clínicas en las IPRESS

Nombre del indicador	Porcentaje de Calidad de Registro de las Historias Clínicas con calificacion satisfactoria en las IPRESS
Tipo de indicador	Indicador de Desempeño (Proceso de Actividad)
Ámbito de aplicación	En todas las IPRESS del I-1 al II-2
Frecuencia de medición	Para evaluación: Semestral y Anual.
Definición del indicador	Es el grado en la cual la Historia clínica cumple con los requisitos establecidos para el **registro completo y correcto**, según los ítems relacionados a su contenido **(estructura)**, identificando igualmente la coherencia y consistencia del registro de las prestaciones o servicios ofertados y recibidos por el usuario de salud, los cuales están avalados de manera formal por la firma y sello del profesional de salud que brindaron la atención. La calidad del registro correcto y completo de las Historias clínicas se evalúa a través de los intrumentos, los cual les son aplicables para el caso de Historias clínicas manuscritas y electrónicas, según corresponda. Se aplica en las UPSS: consulta externa, hospitalización, emergencia, unidad de cuidados intensivos, entre otros; priorizando aquellos servicios en los cuales tienen o son significativos los problemas de registro completo.
Justificación	Teniendo en cuenta que la Historia clínica es el documento médico legal, en el que se registra los datos de identificación y de los procesos relacionados con la atención del paciente, en forma ordenada, integrada, secuencial e inmediata de la atención que el médico u otros profesionales de salud brindan al paciente. Por tanto, una historia clínica completa y bien diligenciada es un elemento probatorio fundamental en el acto médico, ya que permite a los profesionales de la salud tener un registro detallado de la salud y el historial médico de cada paciente. Además, la historia clínica es un elemento indispensable para ejercer una medicina con calidadn consecuencia, este indicador permite realizar el monitoreo periódico de la calidad del registro de las prestaciones ofertadas y brindadas por los profesionales de salud al usuario de salud; verificando igualmente la coherencia y consiste del mismo. Así tambien, permite a la organización mejorar continuamente los procesos y la calidad de atención que brinda a los usuarios en todos los establecimientos de salud, protegiendo así los derechos de los usurarios a los servicios de salud.
Fórmula del indicador	**Nº de historias clínicas auditadas con registro completo y correcto (calificacion satisfactoria) en la IPRESS (en un servicio y periodo determinado)** / **Nº de historias clínicas auditadas de la IPRESS (en el mismo servicio y periodo)** **x 100**
Construcción del indicador	**Numerador**: Es el número de historias clínicas que luego de la revisión sistemática cumplen con el registro completo de todos los ítems considerados en los formatos de atención según tipo de prestaciones o servicios ofertados y brindados a los usuarios en salud, la cual se realizada a través de la auditoría. Este proceso se realiza a partir de la selección de las historias clínicas auditadas comprendidas en un periodo específico (los últimos seis meses) para evaluar el registro de las prestaciones o servicios ofertados y brindados al usuario de salud en un determinado servicio de la IPRESS. (Ej.: Consulta externa, hospitalización, emergencia, unidad de cuidados intensivos, entre otros, priorizar aquellos servicios en los cuales tienen problemas significativos de registro). **Denominador**: Es número de historias clínicas auditadas del servicio seleccionado para la medición en la IPRESS, que corresponden al mismo periodo de medición. El periodo de comprobación
Logro esperado	**Logro esperado**: 100% de todas las historias clínicas programada tienen **calificación satisfactoria** **Meta:** 30% a mas de todas las historias clínicas programadas para evaluacion de calidad de registro tienen **calificación satisfactoria**. **Nivel de Avance al siguiente año**: Incremento anual de la meta sera mínimo del 10% sobre el valor de la línea de base.
Fuente de datos	Historias clínicas manuscritas y/o electrónicas.
Fuente de datos	Historias clínicas manuscritas y/o electrónicas.
Sustento normativo/referencia	. Ley N°26842, Ley General de Salud, y sus modificatorias. . Decreto Supremo N°013-2006-SA, que aprueba el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo . RM N° 519-2006-MINSA, que aprueba el documento técnico: "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud" . Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, que aprueba la "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo V.02". . Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Política Nacional de Calidad en Salud" . Resolución Ministerial N° 546-2011/MINSA, que aprueba la NTS N° 021- MINSA/DGSP-V.03 Norma Técnica de Salud "Categorías de los establecimientos del Sector Salud" . RM N.° 502-2016-MINSA, que aprueba la NTS N° 029-MINSA/DIGEPRES-V.02. Norma Técnica de Salud de Auditoria de la Calidad de la Atención en Salud. . RM N.° 214-2018-MINSA, que aprueba la NTS N° 139-2018/MINSA/DGAIN, Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica. . Resolución Ministerial N°030-2020/MINSA, que aprueba el Documento técnico: "Modelo de Cuidado Integral de Salud por Curso de Vida para la Persona, Familia y Comunidad (MCI)" . Normas Tecnicas de Salud, Guias de la practica clinica.
Área responsable	Responsable de Auditoria, responsable de Acreditación y/o responsable de la Calidad en Salud, o quien haga sus veces en la IPRESS.
Área responsable de la obtención de la información	Comité Institucional de Historia Clínica y/o Comités de Auditoria conformados en las IPRESS realizarán la evaluación las historias clínicas y el informe de analisis de calidad de registro de los servicios hospitalarios y/o de los servicios de las IPRESS de su jurisdicción y elevarán dichos informes al responsable de calidad del EESS y este al Jefe del EESS para la disposición del cumplimiento de recomendaciones y toma de medidas correctivas. Así mismo, se elevará el informe de cumplimiento de recomendaciones de forma porcentual y avance de meta a la instancia inmediata superior RED y DIRESA, para posteriormente ser enviada formalmente a la Dirección General de Aseguramiento e Intercambio Prestacional del Ministerio de Salud.
Especificaciones adicionales	Para la medición de este indicador tanto en el primer nivel de atencion y en hospitales se sugiere priorizar los servicios de mayor demanda de las prestaciones de salud y aquellos en los cuales se identifican mayores reclamos o inconformidades en el servicio o aquellos servicios en los cuales las prestaciones son de alto costo. Se sugiere priorizar e iniciar la medición en los servicios de consulta externa o en los servicios que presentan problemas significativos de registro. En las IPRESS HOSPITALARIAS incluir minimamente los servicios de: emergencia, hospitalización, consulta externa, unidad de cuidados intensivos; entre otras según necesidades identificadas. Al término del año en el caso de la IPRESS hospitalarias minimamente debe haber realizado la medición en la UPSS de Emergencia, Consulta Externa y Hospitalización. Para el primer nivel de atencion se priorizara consulta externa.
Especificaciones adicionales	Para la medición de este indicador tanto en el primer nivel de atencion y en hospitales se sugiere priorizar los servicios de mayor demanda de las prestaciones de salud y aquellos en los cuales se identifican mayores reclamos o inconformidades en el servicio o aquellos servicios en los cuales las prestaciones son de alto costo. Se sugiere priorizar e iniciar la medición en los servicios de consulta externa o en los servicios que presentan problemas significativos de registro. En las IPRESS HOSPITALARIAS incluir minimamente los servicios de: emergencia, hospitalización, consulta externa, unidad de cuidados intensivos; entre otras según necesidades identificadas. Al término del año en el caso de la IPRESS hospitalarias minimamente debe haber realizado la medición en la UPSS de Emergencia, Consulta Externa y Hospitalización. Para el primer nivel de atencion se priorizara consulta externa.

FICHA TECNICA N°17

Auditoria de Calidad de Atención en Salud en las IPRESS

Nombre del indicador	Porcentaje de Auditorías de Calidad de Atención en Salud en las IPRESS
Tipo de indicador	Indicador de Desempeño (Proceso de Actividad)
Ámbito de aplicación	En todas las IPRESS del I-1 al II-2
Frecuencia de medición	Para evaluación: Semestral y Anual.
Definición del indicador	Es el grado en la cual la Historia clínica cumple con los requisitos establecidos de análisis y evaluación del cumplimiento de estándares de calidad (Normas Tecnicas de Salud, Guias de la practica clinica, entre otras normas relacionadas a la atención de salud), evalúa directamente la propia atención de salud que se brinda a los usuarios individualmente, desde la perspectiva de la Calidad por parte de los profesionales de la salud, y que **tiene como principio fundamental la mejora continua de las atenciones de salud.**
Justificación	El objetivo de la Auditoria de Calidad de Atención en Salud es verificar y mejorar la atención de salud que se brinda en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, públicos, privados y mixtos y promover activamente el respeto de los derechos de los usuarios. Este tipo de auditoria por si misma, **no tiene fines punitivos.** De allí que es imperativo que en cada institución de salud el personal de la salud involucrado en la atención, revise, identifique y evalúe el proceso de atención y el cumplimiento de los estandares de calidad normados, permitiendo que la organización pueda mejorar constantemente la calidad de los procesos de atención que brinda a los usuarios en todos los establecimientos de salud. Este indicador 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, con la finalidad de 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 Auditoría de la Calidad de Atención en Salud es la **Auditoría Médica**, realizada solo por médicos, 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. También, tenemos la **Auditoria en Salud**, proceso de evaluación de la atención realizada, o sobre un aspecto en particular de la atención (de enfermería, obstetricia, u otros); es llevada a cabo por profesionales de salud, capacitados y formados para realizar Auditoría de la Calidad. Puede incluir aspectos administrativos, relacionados directamente con la atención brindada.
Fórmula del indicador	**N° de Historias clínicas ejecutadas cada una con un informe de auditoria de la calidad de atencion en salud en la IPRESS (en un servicio y periodo determinado)** **N° Total de Historias clinicas Programadas para Auditoria de calidad de atencion en salud en la IPRESS (en el mismo servicio y periodo).** — **x100**
Construcción del indicador	**Numerador:** Número de historias clínicas programadas cada una con un informe de auditoria de calidad de atención en salud que contenga la revisión sistemática, análisis y cumplimiento de los estándares de calidad (Normas tecnicas de salud, Guías de la Práctica Clínica y otroas normas). Dicho informe deben contener obligatoriamente recomendaciones, responsables de realizarlo, plazos para su cumplimiento y un seguimiento del cumplimiento de las recomendaciones. **Denominador:** En caso del primer nivel de atencion: N° Total de historias clínicas programadas para auditoria de calidad de atencion en salud (minimamente se va considerar el numero total de EESS de su jurisdiccion, esto me garantiza que minimamente cada EESS cuente con un informe de auditoria de calidad de atencion en salud). En caso de hospitales: N° Total de historias clínicas programadas para auditoria de calidad de atencion en salud por servicio, minimamente se programarán 10.
Logro esperado	**Logro esperado**: 100%. Que cada EESS cuente minimamente con un informe de auditoria de calidad de atencion en salud y que implemente el 100% de las recomendaciones. **Meta**: 30% a mas de historias clínicas programadas, cuentan cada una con un informe de auditoria de calidad de atencion en salud Nivel de Avance al siguiente año: Incremento anual de la meta sera mínimo del 10% sobre el valor de la línea de base.
Fuente de datos	Historias clínicas manuscritas y/o electrónicas
Fuente de datos	Historias clínicas manuscritas y/o electrónicas
Sustento normativo/referencia	Ley N°26842, Ley General de Salud, y sus modificatorias. Decreto Supremo N°013-2006-SA, que aprueba el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo RM N° 519-2006-MINSA, que aprueba el documento técnico: "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud" Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, que aprueba la "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo V.02". Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Política Nacional de Calidad en Salud" RM N.° 502-2016-MINSA, que aprueba la NTS N° 029-MINSA/DIGEPRES-V.02. Norma Técnica de Salud de Auditoria de la Calidad de la Atención en Salud. RM N.° 214-2018-MINSA, que aprueba la NTS N° 139-2018/MINSA/DGAIN, Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica. Resolución Ministerial N°030-2020/MINSA, que aprueba el Documento técnico: "Modelo de Cuidado Integral de Salud por Curso de Vida para la Persona, Familia y Comunidad (MCI)" Normas Tecnicas de Salud, Guias de la practica clinica.
Área responsable	Área de Calidad en Salud, responsable de Auditoria y/o Acreditación de la Calidad de los Servicios de Salud o quien haga sus veces en la IPRESS.
Área responsable de la obtención de la información	Los comités de auditoría (Comite de Auditoria Medica y/o Comité de Auditoria en Salud) conformados en las IPRESS quienes realizarán el informe de auditoría programados de su jurisdicción y elevaran dichos informes al responsable de calidad quienes evaluaran la calidad de los informes de auditoria y derivaran el informe al Jefe del EESS para la disposición del cumplimiento de recomendaciones y acciones correctivas. Así mismo, se elevará el informe de cumplimiento de recomendaciones a la instancia inmediata superior RED y DIRESA, para posteriormente ser enviada formalmente a la Dirección General de Aseguramiento e Intercambio Prestacional del Ministerio de Salud.
Especificaciones adicionales	Los comites de auditoria (CAS yCAM) conformados en las microredes deberán programar al 100% de sus EESS de su jurisdiccion para la implementacionde la auditoria de calidad de atencion en salud. Las Historias clínicas que se van a considerar para la **PROGRAMACIÓN** de Auditoria de Calidad de Atención en Salud, son: - Defunciones con problemas diagnósticos y sin diagnóstico definitivo. - Estancias prolongadas: hospitalización (más de 20 dias) - Re intervenciones quirúrgicas - Tiempos de espera prolongados. - Operaciones cesáreas primarias - Evaluación del cumplimiento de las Funciones Obstétricos Neonatales (FON) - Evaluación del cumplimiento de los Controles por Etapas de Vida. - Evaluación de cumplimiento de actividades preventivo - promocionales, como Inmunizaciones (ESAVI) - Prioridades Regionales en Salud, entre otros