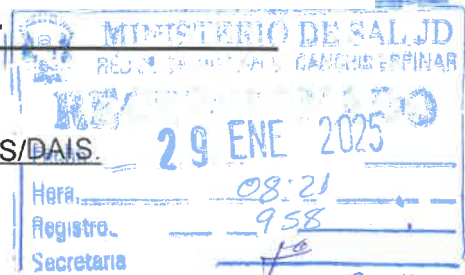




"Año de la Recuperación y Consolidación de la Economía Peruana"



INFORME N° 029 -2025-GR.CUSCO/GRSC/U.E.401/SCCE/OGCS/DAIS.


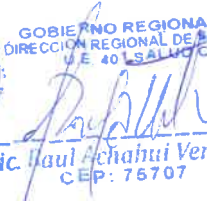
- A : C.D. Avelino Soto Ramos.
Director Ejecutivo de la U.E. 401 Red de Salud Canas Canchis Espinar
- Asunto : Solicito emisión de Resolución de Plan de Trabajo de la Oficina de Gestion de la Calidad Sanitaria en Salud de la U.E. 401 SCCE.
- Referencia : INFORME N° 008 - 2025-GR. CUSCO/GRSC/U.E.401/SCCE/OGCS.
- Atención : Unidad de Planeamiento, Presupuesto y desarrollo institucional
Unidad de Gestión y Desarrollo Potencial Humano de la U.E. 401 SCCE
- Fecha : 28 de enero del 2025

028
01 amillado
0100

Tengo a bien dirigirme a usted, con la finalidad de remitir el informe N° 008 - 2025-GR. CUSCO/GRSC/U.E.401/SCCE/OGCS., de emisión de Resolución Directoral de aprobación del Plan de Trabajo de la Unidad de Gestión de la Calidad Sanitaria en Salud de la Unidad Ejecutora 401 - Salud Canas Canchis Espinar - 2024", para tal efecto se adjunta el documento de la referencia en fisico y magnetico (CD).

Sin otro asunto en particular me suscribo de su despacho.

Atentamente



 GOBIERNO REGIONAL CUSCO
 DIRECCION REGIONAL DE SALUD CUSCO
 U.E. 401 SALUD C.C.E.
 Lic. Paul Achahui Ventura
 CEP: 75707



INFORME N° 008 -2025-GR.CUSCO/GRSC/U.E.401/SCCE/OGCS.

A : Lic. Raúl Achahui Ventura
C.D. Avelino Soto Ramos.

Asunto : Solicito emisión de Resolución de Plan de Trabajo de la Oficina de
Gestion de la Calidad Sanitaria en Salud de la U.E. 401 SCCE

Atención : Unidad de Planeamiento, Presupuesto y desarrollo institucional
Unidad de Gestión y Desarrollo Potencial Humano de la U.E. 401
SCCE

Fecha : 28 de enero del 2025

Por medio del presente me dirijo a usted, con la finalidad de solicitar la emisión de la Resolución Directoral de aprobación del Plan de Trabajo de la Unidad de Gestion y Calidad Sanitaria de la Unidad Ejecutora 401 - Salud Canas Canchis Espinar, documento que tiene por objetivo contribuir y garantizar que se cumplan los estandares minimos de calidad y seguridad del paciente, orientados a obtener resultados para mejorar la calidad de atencion en los establecimientos de salud en el presente año 2025. Adjunto: Plan de Trabajo de la Oficina de Gestion de la Calidad Sanitaria en Salud en fisico y en magnetico C.D.

Esperando su atención al presente, aprovecho la oportunidad para reiterarle las consideraciones de estima personal.

Atentamente


GOBIERNO REGIONAL CUSCO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD - CUSCO
U.E. 401 SALUD C.C.E.
Obst. Haydee A. Ramos Zanabria
COP: 5832
COORDINADORA DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD



RED DE SERVICIOS DE SALUD CANAS CANCHIS PLAN DE TRABAJO DE GESTIÓN DE LA CALIDAD SANITARIA EN SALUD



UNIDAD EJECUTORA 401 SCCE 2025





Gerencia Regional de Salud Cusco

U.E. 401 Salud Canas Canchis Espinar

Dirección Atención Integral de Salud



"Año de la Recuperación y Consolidación de la Economía Peruana"



DIRECTIVOS

C.D. Avelino Soto Ramos

DIRECTOR (e) DE LA UNIDAD EJECUTORA 401 SALUD CANAS CANCHIS ESPINAR

Lic. Enf. Raúl Achahui Ventura

DIRECTOR (e) DE ATENCION INTEGRAL DE SALUD

EQUIPO TÉCNICO FORMULADOR

Obsta. Haydee A. Ramos Zanabria

COORDINADORA DE GESTION Y CALIDAD SANITARIA

MC. Cristian Sixto Vargas Portilla

MEDICO AUDITOR EN SALUD: INTEGRANTE DEL EQUIPO TÉCNICO



Gerencia Regional de Salud Cusco

U.E. 401 Salud Canas Canchis Espinar

Dirección Atención Integral de Salud



"Año de la Recuperación y Consolidación de la Economía Peruana"

INDICE

1.	RESUMEN	4
2.	ANTECEDENTES Y EVALUACION ACTUAL	5
3.	PROBLEMAS O NUDOS CRITICOS	34
4.	OBJETIVOS	35
5.	ESTRATEGIAS	36
6.	INDICADORES DE PRODUCTO Y RESULTADO	36
7.	ANEXOS	36
8.	BIBLIOGRAFIA	36
	ANEXO 01: PLAN DE ACCION	38
	ANEXO 02: TERMINOS DE REFERENCIAS	45
a.	EVALUACIÓN DE ACTIVIDADES DE LA UNIDAD DE GESTION DE LA CALIDAD EN SALUD	45
b.	MONITOREO A LOS ORGANOS DESCONCENTRADOS DE LA UNIDAD EJECUTORA 401 SALUD CANAS CANCHIS ESPINAR AÑO FISCAL 2025	50
c.	CURSO TALLE SEGURIDAD DE PACIENTE	55
d.	CURSO DE INFORMACION PARA LA CALIDAD EN SALUD	61
e.	PLAN DE EVALUACIÓN DE SATISFACCIÓN DE USUARIO EXTERNO"	66
f.	PLAN DE EVALUACIÓN DE SATISFACCIÓN DE USUARIO INTERNO"	72
g.	AUTOEVALUACION PARA LA ACREDITACION DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE LA UNIDAD EJECUTORA 401 SALUD CANAS CANCHIS ESPINAR AÑO FISCAL 2025	76
h.	SUPERVISION INTEGRAL A LOS ORGANOS DESCONCENTRADOS DE LA UNIDAD EJECUTORA 401 SALUD CANAS CANCHIS ESPINAR AÑO FISCAL 2025	83
i.	AUTOEVALUACION PARA LA ACREDITACION DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE LA UNIDAD EJECUTORA 401 SALUD CANAS CANCHIS ESPINAR AÑO FISCAL 2025	92
	ANEXO 03: INDICADORES DE DESEMPEÑO	99
	ANEXO 04: INSTRUMENTO DE SUPERVISION	107



UNIDAD EJECUTORA 401 SALUD CANAS CANCHIS ESPINAR

1. RESUMEN.

En el Perú desde el año 2006 se inició un proceso de reforma bajo la premisa de reconocer que la salud es un derecho y que el Estado debe garantizar su protección para lo cual el Ministerio de Salud a través de documentos Técnicos: "Sistema de Gestión de la Calidad" (Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA) y la "Política Nacional de Calidad" (Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA) buscan contribuir y fortalecer la mejora de la calidad de atención en salud en las organizaciones proveedoras de servicios de salud

A través de la Gerencia Regional de salud Cusco aprobó la guía técnica para la formulación del Plan operativo y el Plan de trabajo/ Plan de Salud Local de los órganos estructurados, funcionales de la Unidad Ejecutora 401 Salud Canas Canchis Espinar, sede y los órganos desconcentrados, por lo que corresponde formular el Plan de trabajo de la Unidad de gestión y Calidad Sanitaria para el ejercicio fiscal 2024. (1)

En ese sentido la Oficina de Gestión de la Calidad en la Unidad Ejecutora 401 Servicios de Salud Canas Canchis Espinar es la encargada de implementar del Sistema de Gestión de la Calidad con la participación activa de los coordinadores de los diferentes programas presupuestales y jefes de microrredes,, por lo tanto como responsable de elaborar el presente documento denominado "Plan de Trabajo de Gestión de la Calidad de la U.E. 401 SSCCE", en concordancia al esquema exigido por la autoridad competente, se planteó el análisis de la situación y los antecedentes, así como la identificación de nudos críticos/ oportunidades de mejora, los objetivos, las estrategias, las actividades, las tareas, las metas físicas, el cronograma, el presupuesto global y ajustado al techo presupuestal y los indicadores de evaluación La Gestión de la Calidad en Salud.

Las acciones comprendidas en el presente plan están en base a las funciones y atribuciones establecidas en la Normativa vigente de gestión Sanitaria, así como las normas del Sistema de Gestión de la Calidad, Políticas Nacionales de Calidad en Salud y normas complementarias, que permitan avanzar en la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad de atención en Salud en el ámbito de la Unidad Ejecutora 401 Salud Canas Canchis Espinar.

Las actividades programadas en Gestión de la Calidad no tienen presupuesto asignado, el que anualmente tiene es el asignado por la Unidad de planificación y programas presupuestales, como se evidencia en el presente cuadro:

HISTORICO DE PRESUPUESTO EJECUTADO							
AÑO	UNIDAD PLANIFICACION			PROGRAMAS PRESUPUESTALES			
	META	MONTO	TOTAL	META	MONTO	P. PRESUP	TOTAL
2022	0129	S/ 1,083	S/ 1,082.59	0001	S/ 1,040.00	S/ 8,575.00	S/ 9,657.59
				0016	S/ 3,455.00		
				0120	S/ 1,880.00		
				0121	S/ 440.00		
				0133	S/ 1,760.00		
2023	0122	S/ 500	S/ 6,553	0006	S/ 160.00	S/ 7,861.00	S/ 14,413.83
	0123	S/ 500		0017	S/ 800.00		
	0124	S/ 1,500		0089	S/ 1,668.00		
	0127	S/ 500		0092	S/ 1,500.00		
	0132	S/ 3,553		0117	S/ 1,438.00		
					0118		
2024	0129	S/ 2,000	S/ 7,000	0005	S/ 1,000.00	S/ 7,204.00	S/ 14,204.00
	0136	S/ 5,000		0006	S/ 1,550.00		
				0016	S/ 500.00		
				0018	S/ 400.00		
				0027	S/ 800.00		
				0059	S/ 200.00		
				0105	S/ 694.00		
				0107	S/ 1,060.00		
				0119	S/ 1,000.00		

Fuente: plan de trabajo, actividades: 2022-2024

PRESUPUESTO REQUERIDO 2025	
ACTIVIDAD	REQUERIDO
Evaluación de actividades de la unidad de gestión de la calidad en salud	S/. 1,480.00
monitoreo a los órganos desconcentrados de la unidad ejecutora 401 salud canas Canchis espinar año fiscal 2025	S/. 300.00
curso taller seguridad del paciente (higiene de manos, rondas de seguridad, eventos adversos)	S/. 2,200.00
encuesta satisfacción usuario externo (taller encuestadores en aplicación de encuesta)	S/. 2,328.00
supervisión integral a los órganos desconcentrados de la unidad ejecutora 401 salud canas Canchis espinar año fiscal 2024	S/. 8,630.00
Acreditación de EE.SS. (autoevaluación).	S/. 14,006.00
Total, Presupuesto	S/. 28,944.00

Fuente: plan de trabajo, actividades: 2025

Así mismo el presupuesto requerido para la ejecución de todas las actividades según la programación de actividades (plataforma de kobotoolbox), en el año 2025 es de un total de S/. 47,728.00, sin embargo, como oficina de gestión de la calidad, para garantizar la ejecución de actividades se hace de imperiosa necesidad contar con presupuesto como mínimo el siguiente monto: S/.28, 944.00

2. ANTECEDENTES Y EVALUACION ACTUAL

2.1 COMPONENTE DE GESTIÓN:

La Oficina de Gestión de la Calidad tiene a su cargo las líneas de trabajo del Sistema de Gestión de la Calidad aprobado por el Ministerio de Salud con Resolución Ministerial N° 519-2005/MINSA, la primera fase, dirigida a mejorar la calidad de la prestación en los servicios de salud que brindan las instituciones prestadoras de servicios de salud, Documento Técnico Sistema de Gestión de la Calidad en Salud del Ministerio de Salud, donde señala cuatro ejes de intervención con actividades definidas: Planificación para la calidad, garantía y mejora de la calidad, organización para la calidad e información para la calidad y las Políticas de Calidad de Atención en Salud.

A través de la Dirección de Calidad en Salud de la en el año 2010, la Dirección General de Salud de las Personas del Ministerio de Salud propuso un mapa de procesos estratégicos operativos y de apoyo del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, sin embargo, no existe un documento normativo que indique específicamente como debe ser el desarrollo de los Procesos y Procedimientos de una oficina de Gestión de la Calidad.

En el componente Gestión se realiza acciones que se programan e implementan en las diferentes estructuras orgánicas de la Unidad Ejecutora 401 Salud Canas Canchis Espinar, como proceso de control gerencial destinado a observar sistemáticamente los procesos de gestión de la calidad, con la finalidad de realizar los ajustes necesarios a las actividades y estrategias para el cumplimiento de los objetivos establecidos en el plan operativo institucional.

2.1.1 ASISTENCIA TÉCNICA

La presente actividad tiene el propósito de fortalecer las habilidades y competencias técnicas de órganos desconcentrados en los seis equipos de gestión de las Micro redes más dos centros de salud mental comunitarios y el hogar protegido Sr. De Pampacucho – Sicuani de la Unidad Ejecutora 401 Salud Canas Canchis Espinar. Asimismo nos permitirá conocer los avances, identificar las dificultades a través de un buen análisis y llegando a elaborar recomendaciones en forma conjunta y oportuna, con el finalidad de consolidar el posicionamiento en cuanto a la Organización, Planificación, Ejecución y control de la gestión sanitaria y gestión de la Calidad en salud que identifica

desviaciones de los procesos y determina en qué medida se alcanzó los objetivos propuestos y que podría explicar las diferencias entre los logros obtenidos en relación a lo que se pudo alcanzar.

Los resultados obtenidos fueron socializados y nos permitió conocer los avances, identificar las dificultades y elaborar recomendaciones en forma conjunta, con el objetivo de consolidar el posicionamiento de desarrollo en servicio, evaluando los procesos que desarrollan los servicios de salud por niveles de atención en forma interactiva, analizando y generando la construcción conjunta de conocimientos habilidades y destrezas para el mejor desempeño de sus funciones y coadyuvando al cumplimiento de los objetivos del sector.

Cuadro N° 01

ASISTENCIA TÉCNICA A LOS ÓRGANOS DESCONCENTRADOS OGCS
UNIDAD EJECUTORA 401 SALUD CANAS CANCHIS ESPINAR
AÑO FISCAL 2024

IPRESS	META	N°	%	% IMPLEMENTACION DE PROCESOS DE G. CALIDAD
Micro redes	6	6	100%	100%

Fuente: Informes y Evaluación OGCS-2024

El ámbito de la asistencia técnica son las sedes técnico administrativos de las Micro redes programadas. Se desarrolló la asistencia técnica al 100% vía presencial y virtual de las 06 micro redes desarrollados. En las Líneas de acción de Auditoría de la Calidad de Atención, Acreditación de EE. SS Adherencia a las Guías práctica clínicas de la Higiene de Manos, Sistemas de Información para la Calidad en salud. Teniendo como resultado el fortalecimiento de los procesos y/o acciones de mejora implementadas en cada instancia mediante la fusión de diversas estrategias metodológicas la evaluación obtenida es al año 2024.

2.1.2 MONITOREO

En materia de monitoreo de la gestión sanitaria durante el año 2024 se desarrolló actividades en cumplimiento de las metas físicas programadas, en los órganos desconcentrados, ejecutándose visitas de monitoreo por órgano desconcentrado en las Microrredes de Yauri, Yanaoca, Combapata, El Descanso, Techo Obrero, y Pampaphalla, las cuales fueron presenciales y virtuales en las microrredes que se intervino se utilizó el instrumento de monitoreo del Sistema de Gestión de la Calidad.

En ámbito de la Red Canas Canchis Espinar logró un grado de desempeño de **91%** que significa APROBADO, es necesario hacer mención el trabajo que viene realizando las micro redes contribuyendo al porcentaje obtenido como unidad ejecutora implementando los componentes del sistema de calidad

2.1.3 EVALUACION

El proceso de evaluación de la gestión sanitaria se desarrolló en nuestra unidad ejecutora, con la propuesta e implementación de indicadores de resultado de la gestión sanitaria, estando pendiente la articulación de los indicadores de la programación presupuestal, de los acuerdos de gestión, de los diferentes convenios de gestión como Convenio FED, Convenio de Gestión, SIS FISSAL, entre otros.

Es un proceso de control gerencial, programado para valorar los resultados obtenidos y dar cumplimiento al patrón referencial para verificar el avance y logros obtenidos con relación a los objetivos trazados en el plan táctico que vinculan a los objetivos estratégicos institucionales.



"Año de la Recuperación y Consolidación de la Economía Peruana"

En el periodo 2024, se desarrolló la evaluación durante el año en la sede de la Red de Salud canas Canchis Espinar integrado los indicadores del sistema de calidad en la evaluación de la DAIS. se cumple con lo programado.

La Unidad de Gestión y Calidad Sanitaria evalúa las acciones de gestión de la calidad por componentes; valorando el nivel de implementación de los criterios de programación logrando un 85% de cumplimiento que significa "APROBADO" (>=80% a mas), en el marco del sistema de gestión de la calidad, política nacional de calidad en salud y Plan Operativo Regional

CUADRO N° 02 RESULTADOS DEL MONITOREO DE IMPLEMENTACION DEL SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD EN SALUD MICRO REDES AÑO FISCAL 2024

ACTIVIDADES	RSS-CCE	MICRO RED TECHO						
		YAURI	TECHO OBRERO	YANA OCA	PAMPA PHALLA	COMBATA	DESCAN SO	
Elaboración del Plan de Gestión de la Calidad de la RED/MR	100	100	100	100	100	100	100	
Monitoreo de Redes ha Micro redes del avance del Plan de Gestión de la Calidad por la Red.	30	20	20	50	30	30	30	
Evaluación del avance del Plan de Gestión de la Calidad por RED/MR	100	100	100	100	100	100	100	
Implementación de la Auditoría de la Calidad de Atención en el I nivel de Atención en salud	100	100	100	100	100	100	100	
Implementación de proyectos y/o acciones de mejoras en relación a las líneas de acción del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud en EE.SS Primer nivel de Atención	26	15	22	45	22	17	33	
Evaluación de Adherencia al uso de las Guías de Práctica Clínica en los Establecimientos de Salud de las Redes	100	100	100	100	100	100	100	
Implementación de la adherencia a la técnica del lavado de manos en los establecimientos de salud	82	85,1	85,4	97	69,9	63,9	87,7	
Implementación de Rondas de Seguridad del Paciente	78	79	72	100	67	50	100	
Implementación de monitoreo de eventos adversos	100	100	100	100	100	100	100	
Implementa la Autoevaluación de establecimientos de salud en el primer nivel de atención en salud	100	100	100	100	100	100	100	
Medición de la satisfacción del usuario externo en consulta externa en los establecimientos de salud del primer nivel de atención .	100	100	100	100	100	100	100	
Implementación del Sistema de Atención al Usuario en el primer nivel de atención	100	100	100	100	100	100	100	
NIVEL DE DESEMPEÑO	85	83	82	91	82	78	85	

NO aprobado (<50%)	
NO aprobado Subsanan en 9 meses (50% - 69%)	
NO aprobado Subsanan en 6 meses (70% - 84%)	
Aprobado (85% o más)	



2.1.4. SUPERVISION INTEGRAL

La Supervisión como herramienta de gestión para mejorar la calidad de los servicios de salud, en forma ordenada y sistemática permitiendo identificar problemas, plantear acciones correctivas oportunamente y evaluar el efecto de las mismas en beneficio del usuario externo. En este contexto se implementa la Supervisión Integral en el ámbito de la Unidad ejecutora 401 Salud Canas Canchis Espinar hacia las Micro redes y establecimientos de salud I-4, I-3, I-2, y I-1 considerando seis componentes a evaluar: Organización, Planificación, Acceso y mejoramiento continuo, ejecución de los programas presupuestales y evaluación, monitoreo y supervisión.

La supervisión integral es realizada por profesionales de salud y administrativos con competencias en los procesos de supervisión integral de Unidad Ejecutora 401SCCE, interviniendo en los componentes antes mencionados; a través del instrumento de supervisión, sistematizado en un aplicativo informático cuyos resultados son publicados socializados en forma descentralizada en los 6 micro redes el ámbito de la red.

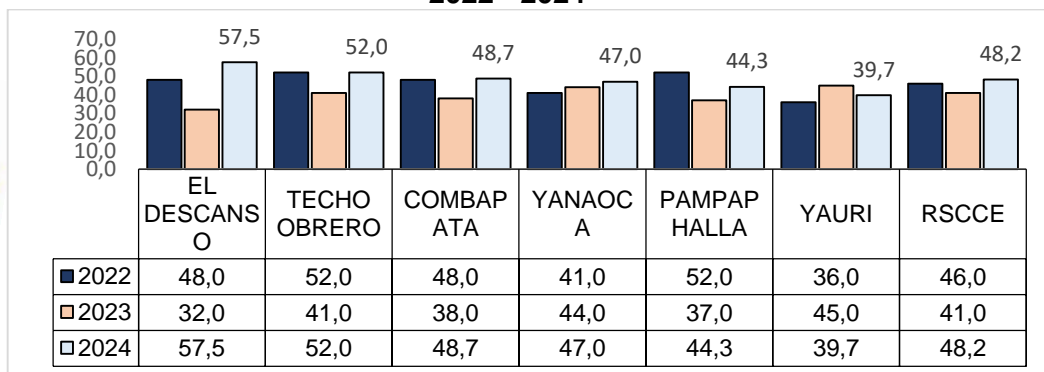
Cuadro N° 03
Porcentaje de Desempeño de supervisión Integral por Microrredes
2022 – 2024

MICRO RED	% GENERAL		
	2022	2023	2024
EL DESCANSO	48,0	32,0	57,5
PAMPAPHALLA	52,0	37,0	44,3
COMBAPATA	48,0	38,0	48,7
TECHO OBRERO	52,0	41,0	52,0
YANAOCA	41,0	44,0	47,0
YAURI	36,0	45,0	39,7
RSCCE	46,0	41,0	48,2

Fuente: Informe anual de supervisión: Tablero de control del programa OGCS – 2022 al 2024

Como se evidencia en el presente cuadro el resultado general el año 2024 el puntaje ha incrementado en 7 puntos en relación al año 2023, aun así nos encontramos por debajo del 50% del nivel de desempeño; es necesario mencionar que no se cuenta con instrumento unificado en vista que cada año se aplica un instrumento diferente, lo que no permite realizar un análisis comparativo en todos los componentes, por lo tanto se hace necesario contar con instrumento de supervisión de aplicación única a nivel de GERESA.

Gráfico N° 01
Porcentaje de Desempeño de supervisión Integral por Microrredes
2022 - 2024

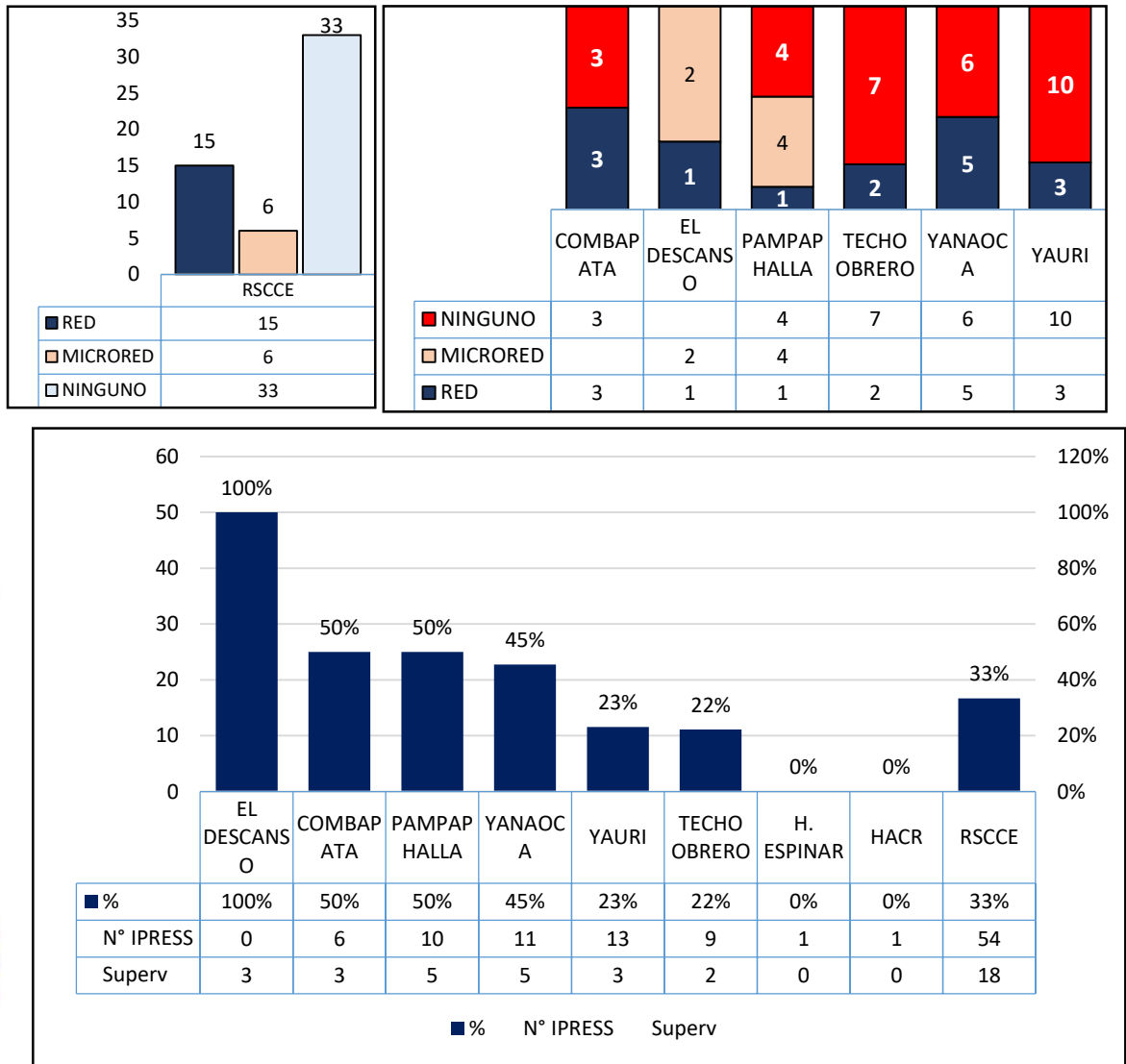


Fuente: Informe anual de supervisión: Tablero de control del programa OGCS – 2022 al 2024

El gráfico muestra los resultados siguientes por microrredes en el año 2024 quien mejor desempeño presenta es el Descanso (57.5%) y con porcentajes bajos son Pampaphalla

(44.3%) y Yauri (39.7%), si se analiza las causas observamos que el descanso cuenta con 3 IPRESS y a nivel de microrred se realiza seguimiento sin embargo en yauri, existe dificultades con la jefatura de microrred que el año 2024, no contaba con una jefatura oficial, lo que no permite cumplir con las actividades programadas.

Gráfico N° 02
Porcentaje de Desempeño de supervisión Integral por Microrredes
2022 – 2024



Fuente: Informe anual de supervisión: Tablero de control del programa OGCS – 2022 al 2024

En el presente grafico se aprecia que del total de IPRESS (54) incluido hospitales, en el año 2024, solo se llegó a supervisar al 33% de establecimientos de salud, a nivel de la sede administrativa se cuenta con 5 equipos conformados y uno por cada microrred, cada uno tiene establecimientos a supervisar del cual se tiene como resultado a nivel de sede quien menos porcentaje de supervisiones realizo fue el de Pampaphalla, a nivel de microrredes Combapata, Yanaoca, yauri no se tiene información de la actividad realizada. En general de los que si aplicaron por microrredes solo El descanso llego a todos sus establecimientos: Combapata y Pampaphalla solo el 50% fueron supervisados, yauri y techo obrero son los que tienen ipress menos visitadas, si evaluamos la intervención a hospitales, no se cumple con realizar el seguimiento a estos establecimientos.

Cuadro N° 04
Porcentaje de Desempeño de supervisión Integral según Curso de Vida por Microrredes
2022 – 2024

MICRO RED	2022	2023	2024	INTERVENCIÓN ASISTENCIA C.V 2024					
				NIÑO.	ADOLESCENTE.	JOVEN,	ADULTO,	ADULTO MAYOR,	GESTANTE,
COMBAPATA	40,0	31,0	53,7	79,3	68,3	37,0	28,7	23,3	52,7
EL DESCANSO	52,0	34,0	39,0	50,0	47,0	44,0	58,0	30,0	90,0
PAMPAPHALLA	40,0	25,0	46,3	63,2	46,0	23,4	24,4	33,0	57,6
TECHO OBRERO	38,0	43,0	47,5	60,0	19,0	47,5	40,0	45,5	82,5
YANAOCA	34,0	51,0	42,4	68,6	27,8	43,2	29,2	28,8	74,0
YAURI	26,0	37,0	44,3	78,7	15,0	42,7	51,7	48,3	40,0
RSCCE	39,0	38,0	44,5	68,6	37,1	37,4	34,1	33,9	62,7

Fuente: Informe anual de supervisión: Tablero de control del programa OGCS – 2022 al 2024

En el presente cuadro podemos observar que en comparación al año 2023 el año 2024 se incrementó en 6.5 puntos, a nivel de la RSCCE por cursos de vida en el año 2024, con mejor desempeño se encuentran, niño(68.6%) y gestante (62.7%), los que presentan bajo nivel de desempeño son el CV adolescente (37.1%), joven (37.4%), adulto (34.1%) y adulto mayor (33.9%), estos porcentajes son resultado de la evaluación de historias clínicas por curso de vida en el cual se observó que existe deficiencias en el manejo de HCL. Punto que deberá ser priorizado para la mejora del proceso de atención, fortaleciendo al personal de salud en a través de auditoría de calidad de la atención, y la supervisión y monitoreo permanente de los responsables de programas presupuestales.

2.1.4 CAPACITACION DEL POTENCIAL HUMANO:

La sistematización de la capacitación de los Recursos Humanos permite trazar el plan de desarrollo de cada persona en la institución. Es de suma importancia continuar intensificando la mejora de capacidades del personal de salud, tomando en consideración las normas emitidas por Ministerio de Salud actualizadas, a través de la Dirección General de Gestión del Desarrollo de recursos Humanos.

Por ende, la OGCS estableció como política priorizar el fortalecimiento y desarrollo del potencial humano considerando que el capital humano es la pieza fundamental para el crecimiento de la organización.

En este ítem, el fortalecimiento de capacidades se encuentra bajo responsabilidad de GERESA Cusco, el año 2024 se realizó capacitación en Autoevaluación para acreditación de establecimientos de salud y Auditoria de atención en salud, las presentes capacitaciones fueron mixtas (presencial y virtual.)

2.2 COMPONENTE DE ORGANIZACIÓN:

2.2.1 POBLACION

Unidad Ejecutora 401: Red de Salud Canas Canchis Espinar, tiene una población asignada para el 2024 de 206,629 habitantes, como se observa el en cuadro Nro 01. (2)

Cuadro Nro 05
Población Total por Provincias – 2024

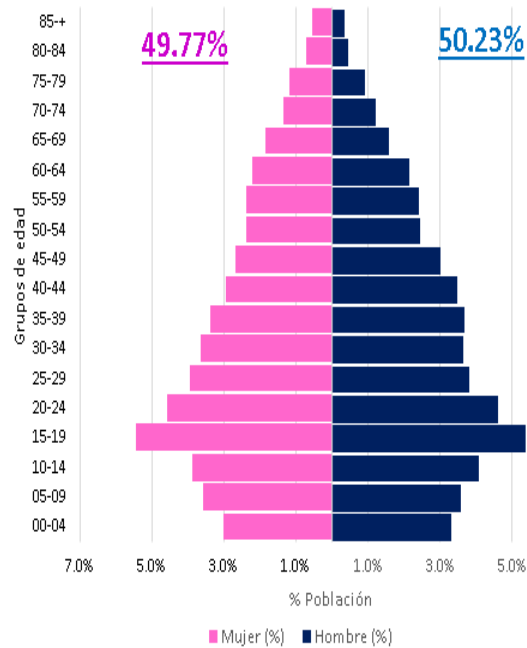
PROVINCIA	POBLACION	%
CANAS	33,634	17%
CANCHIS	105,780	53%
ESPINAR	60,788	30%
ACOMAYO	942	0.5%
TOTAL, CCE	201,144	100%

FUENTE: CENSO NACIONAL XI DE POBLACION Y VI DE VIVIENDA 2017/- BOLETIN DEMOGRAFICO N.º 26,37, 39 / RENIEC / Padrón Nominal/ CNV

La Unidad Ejecutora 401: Red de Salud Canas Canchis Espinar, brinda servicios del primer nivel de atención en 52 IPRESS en los 25 distritos de las Provincias de Canas, Canchis, Espinar (08 de cada/uno), más 01 distrito de la provincia de Acomayo (Mosocllacta, por la accesibilidad a la Microrred de Combapata)

Figura Nro 01
Población Provincia Canas – Grupos de Edad 2025

GRUPOS DE EDAD	Hombre Mujer Total general		
	Hombre	Mujer	Total general
00-04	1,118	1,017	2,135
05-09	1,208	1,206	2,414
10-14	1,374	1,307	2,681
15-19	1,810	1,836	3,646
20-24	1,553	1,537	3,090
25-29	1,283	1,326	2,609
30-34	1,231	1,222	2,453
35-39	1,240	1,139	2,379
40-44	1,171	996	2,167
45-49	1,016	905	1,921
50-54	825	804	1,629
55-59	816	796	1,612
60-64	719	747	1,466
65-69	536	622	1,158
70-74	412	455	867
75-79	314	401	715
80-84	153	239	392
85+	115	185	300
Total general	16,894	16,740	33,634



Fuente: OGEI/OGTI-Minsa

* Actualizado con datos INEI

Se aprecia que la provincia de canas tiene una población total de 33,634, siendo el 49.77 de sexo femenino y el 50.23% de sexo masculino como evidencia en la mayoría son de sexo masculino y la edad que mayor porcentaje representa la edad de 20 a 24 años y de 15 a 19 años.

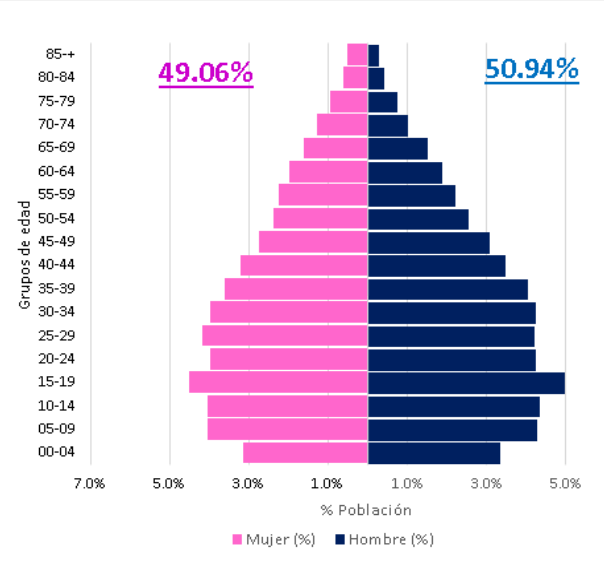




GRUPOS DE EDAD	GRUPOS DE EDAD		
	Hombre	Mujer	Total general
00-04	3,530	3,331	6,861
05-09	4,521	4,281	8,802
10-14	4,608	4,270	8,878
15-19	5,287	4,763	10,050
20-24	4,512	4,214	8,726
25-29	4,446	4,424	8,870
30-34	4,511	4,219	8,730
35-39	4,288	3,818	8,106
40-44	3,673	3,389	7,062
45-49	3,250	2,921	6,171
50-54	2,689	2,519	5,208
55-59	2,349	2,380	4,729
60-64	1,995	2,087	4,082
65-69	1,610	1,709	3,319
70-74	1,076	1,356	2,432
75-79	786	1,017	1,803
80-84	435	648	1,083
85+	316	552	868
Total general	53,882	51,898	105,780

Fuente: OGEI/OGTI-Minsa
* Actualizado con datos INEI

Figura N° 02
Población Provincia Canchis – Grupos de Edad 2025

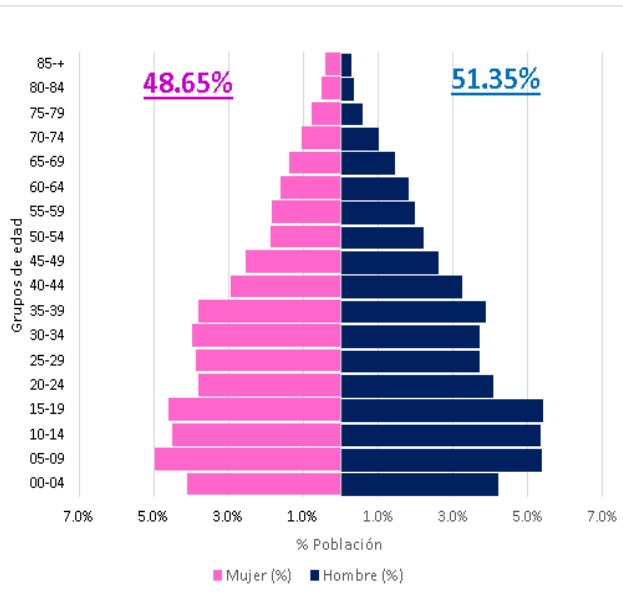


Se observa que la provincia de Canchis tiene una población total de 105,780 habitantes, siendo el 49.06 de sexo femenino y el 50.94% de sexo masculino como evidencia en la mayoría son de sexo masculino y la edad que mayor porcentaje representa la edad de 15 a 19 años.

Figura Nro 03
Población Provincia Espinar – Grupos de Edad

GRUPOS DE EDAD	GRUPOS DE EDAD		
	Hombre	Mujer	Total general
00-04	2,560	2,498	5,058
05-09	3,280	3,022	6,302
10-14	3,250	2,741	5,991
15-19	3,285	2,803	6,088
20-24	2,490	2,312	4,802
25-29	2,257	2,363	4,620
30-34	2,260	2,411	4,671
35-39	2,353	2,315	4,668
40-44	1,975	1,785	3,760
45-49	1,597	1,539	3,136
50-54	1,347	1,152	2,499
55-59	1,201	1,130	2,331
60-64	1,098	983	2,081
65-69	878	848	1,726
70-74	623	629	1,252
75-79	364	465	829
80-84	223	316	539
85+	175	260	435
Total general	31,216	29,572	60,788

Fuente: OGEI/OGTI-Minsa
* Actualizado con datos INEI



2025



En la presente figura se aprecia que la provincia de Espinar tiene una población total de 60,788 habitantes, siendo el 48.65 de sexo femenino y el 51.35% de sexo masculino como evidencia en la mayoría son de sexo masculino y la edad que mayor porcentaje representa la edad de 05 a 09 años.

2.2.3 ESTABLECIMIENTOS:

Cuadro Nro 05
Establecimientos de Salud Según Sector - 2024

RESUMEN	SECTOR					TOTAL
	1-MINSA	2-ESSALUD	3-FFAA	4-PRIVADOS	9-OTROS	
I-1	6	-	-	2	-	8
I-2	30	-	1	2	1	34
I-3	9	1	-	11	-	21
I-4	5	-	-	-	-	5
II-1	2	1	-	-	-	3
II-E				1		1
SD	1	-	-	20	-	21
TOTAL	54	2	1	36	1	93

REUNIS - Repositorio Único Nacional de Información en Salud

En el presente cuadro se evidencia que como MINSa se tiene un número de 54 (58%) IPRESS, EsSALUD 2 (2%), FFAA 1 (1%), privados 36 (37%), otros 1 (1%), el mayor porcentaje son establecimientos de salud del ministerio de salud y los privados.

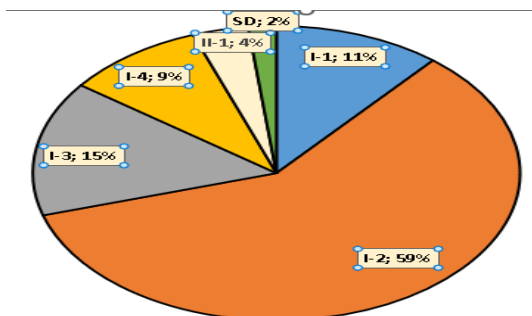
Cuadro Nro 06
Establecimientos de Salud Según categoría RSCCE - 2024

RESUMEN	CATEGORIA						TOTAL
	I-1	I-2	I-3	I-4	II-1	S/D	
MICRO RED							
YAURI	1	9	2	1			13
YANAOCA	2	8		1			11
TECHO OBRERO	2	4	2	1			9
PAMPAPHALLA	1	7	1			1	10
COMBAPATA		2	3	1			6
EL DESCANSO		2		1			3
HACR -SICUANI					1		1
H. ESPINAR					1		1
TOTAL	6	32	8	5	2	1	54

REUNIS - Repositorio Único Nacional de Información en Salud

En el presente cuadro se observa las microrredes según categoría de IPRESS a nivel de la RSCCE, cuenta con 54 EE.SS.

Gráfico N° 03
Porcentaje de IPRESS según categoría RSCCE - 2024



REUNIS - Repositorio Único Nacional de Información en Salud

Como se aprecia en el gráfico, de los 54 establecimientos incluidos del segundo nivel de atención del 59% de establecimientos son de categoría I-2 (32), I-4 (5) 9%, I-3 (8) 15%, esta información nos indica, como se debe garantizar que estos establecimientos cuenten con infraestructura, y equipamiento necesario para su adecuado funcionamiento y resolver las necesidades de la población.

2.2.4 RECURSOS HUMANOS:

En el año 2024 el recurso humano de la unidad ejecutora 401 Red de Salud Canas Canchis Espinar fue de 842 trabajadores con la siguiente composición:

El 51% lo constituye el régimen laboral Decreto Legislativo 276 (514), que en su mayoría son nombrado y un porcentaje de plazas de reemplazo y personal SERUMS, que en el mes de diciembre pasaron a ser nombrados, el personal contratado CAS 1153 (328).

Cuadro Nro 07
Recurso Humano Disponible - 2024

GRUPO PROF	CCE	COMBA PATA	EL DESCANSO	PAMPA PHALLA	TECHO OBRERO	YANA OCA	YAURI	TOTAL	%
MEDICO	4	18	4	16	15	7	15	79	9.4%
CIRUJANO DENTISTA	4	6	2	4	3	4	4	27	3.2%
ENFERMERA(O)	11	25	14	34	28	19	32	163	19.4%
OBSTETRA	6	16	11	15	22	14	23	107	12.7%
NUTRICIONISTA	2	2	1	2	2	1	3	13	1.5%
PSICOLOGO(A)	1	3	2	6	2	1	8	23	2.7%
QUIMICO FARMACEUTICO	2			1	1	1	1	6	0.7%
BIOLOGO(A)	4	5	1	3	5	4	5	27	3.2%
TRABAJADORA SOCIAL	1			2	1		2	6	0.7%
TECNICO EN ENFERMERIA	2	32	20	44	49	34	54	235	27.9%
INSPECTOR SANITARIO I	1						1	2	0.2%
TEC. EN NUTRICION							1	1	0.1%
TECNICO EN FARMACIA	1			2			2	5	0.6%
TEC. EN LABORATORIO				1				1	0.1%
TECNICO EN TRANSPORTE	3	2	2	1	1	1	4	14	1.7%
ASIST. EN SERV.DE SALUD		4		3	1	1	4	13	1.5%
DIGITADOR(A)	10	3	2	5	5	4	5	34	4.0%
TECNICO/A ASISTENCIAL	1					1	1	3	0.4%
ARTESANO	2		2	3	1	1	3	12	1.4%
VIGILANTE	4		2	3	1		2	12	1.4%
OTROS	51	1	0	3	0	3	1	59	7.0%
TOTAL	110	117	63	148	137	96	171	842	100.0%
%	13.1%	13.9%	7.5%	17.6%	16.3%	11.4%	20.3%	100.0%	

Fuente: PLH – Remuneraciones U.E. 401 SCCE.2024

En general se aprecia que en U.E. 401 SCCE, en la sede administrativa (110) el 13% y en microrredes se visualiza en mayor concentración en Yauri (171) 20%, Pampaphalla (148) 17.6%, techo obrero (137) 16.3%, Combapata (117) 13.9%, Yanaoca (96) 11.4%, el Descanso (63) 7.5%. Aun se tiene brecha de recurso humano con profesionales de la salud

Cuadro Nro 08
Recurso Humano – N° IPRESS – Población asignada por Micro Red - 2024

GRUPO PROF	CCE	COMBA PATA	EL DESCANSO	PAMPA PHALLA	TECHO OBRERO	YANA OCA	YAURI	U.E. 401
RRHH	110	117	63	148	137	96	171	842
% RRHH	13.1	13.9	7.5	17.6	16.3	11.4	20.3	100.0
N° IPRESS	1	6	3	10	9	10	13	51
POBLACION	0	24,474	10,434	30,655	34,356	16,033	42,103	158,055
%	0	15%	7%	19%	22%	10%	27%	100%

El presente cuadro nos permite analizar la relación que existe en el número de recurso humano, la población y la cantidad de IPRESS en la jurisdicción de la U.E. 401 SCCE.

Según micro red es Yauri quien tiene una mayor cantidad de población (42,103) 27%, techo obrero (34,356) 22%, Pampaphalla (30,655) 19%, Combapata (24,474) 15%, Yanaoca (16,033) 10%, el descanso (10,434) 7%. El número de IPRESS según población se ubica en Yauri (13) para una población de 42,103, sin embargo, en Yanaoca que tiene una población de 16,033 cuenta con 10 establecimientos lo que permite deducir que es necesario realizar una política de distribución de recurso humano adecuada a pesar de la brecha existe en el presente contexto.

Organización del Sistema de Gestión de la Calidad

La oficina de gestión de la calidad cuenta con una coordinadora y un Médico Auditor, a nivel de la RSCCE que orientan las actividades de evaluación y control desde la sede central y de forma descentralizada en cabeceras de micro red quienes a su vez cuentan con coordinadores responsables de Operativizar las acciones de los componentes de gestión de la calidad en salud.

La oficina de Gestión de Calidad está destinado a transferir y fortalecer capacidades al personal de salud en los diferentes niveles de atención y en el ámbito de la comunidad con el propósito de mejorar la gestión de los servicios a través de un adecuado desempeño en los procesos de atención en los establecimientos.

Cuadro Nro 09

Órganos Funcionales del Sistema de Gestión de La Calidad OGCS

COMISIONES/COMITES ORGANOS FUNCIONALES	RED	IPRESS					
		MICRORED	CSMC	I-4	I-3	I-1,I-2	Hogar prot
Coordinadora de Oficina de Gestión de la calidad	01						
Responsable de gestión de la Calidad		06	02	05	08	36	01
Responsable de Plataforma de Atención Usuario	01			05	01		
Equipo de Supervisión Integral	05	06	02	05	08	36	01
Equipo de Acreditación y Autoevaluación		06					
Equipo de Autoevaluación para la Acreditación		06					
Equipo de Mejora Continua		06	02	05	08	36	01
Equipo de Rondas de Seguridad		06		05	08		
Equipo de Gestión de Incidentes y Eventos Adversos		06		05	08		
Comité de Auditoría de la Calidad de atención en Salud	01	05	02	05	08		
Comité de Gestión de Historia Clínica	01						
Comité de Gestión de Reclamos y Denuncias	01		02	05	08		
Equipo de Supervisión Integral	05	06	02	05	08	38	

Fuente de Información *U.E.401SCCE: Oficina de Gestión de Calidad en Salud; 2024.

Durante el año fiscal 2024, se implementaron el 100% de las IPRESS con una estructura organizativa básica que contribuya a gerenciar la gestión de la calidad en cada órgano desconcentrado de la U.E. 401SCCE.

La estructura la Oficina de Gestión de la Calidad (OGC), se constituye en el órgano de asesoramiento de la Alta Dirección, encargada de promover la implementación de prácticas de gestión de la calidad en los órganos desconcentrados del ámbito de Unidad Ejecutiva 401SCCE, promoviendo una cultura de la calidad, trato humanizado y de gestión por procesos para la mejora continua de la calidad de atención y seguridad del paciente.

2.3 COMPONENTE FINANCIAMIENTO:

La elaboración y aprobación del plan de trabajo permite la asignación de presupuesto por las diferentes fuentes para el cumplimiento de actividades programadas.

Cuadro Nro 10**ASIGNACION PRESUPUESTAL 2022-2024 OGCS**

2022	META	NOMB META	PROGRAMA PTAL	FTE FTO	NOMBRE CLASIFICADOR	MONTO	1082.59
	0129	ACCION Y CONTROL	9001	00	PAPELERIA EN GENERAL, UTILES Y MATERIALES DE OFICINA	1082.59	
2023	META	NOMB META	PROGRAMA PTAL	FTE FTO	NOMBRE CLASIFICADOR	MONTO	6,552.83
	0122	ACCION Y CONTROL	9001	00	PAPELERIA EN GENERAL, UTILES Y MATERIALES DE OFICINA	500.00	
	0123	DIRECCION, COORDINACION, SUPERVISION Y MONITOREO	9001	00	PAPELERIA EN GENERAL, UTILES Y MATERIALES DE OFICINA	500.00	
	0124	ACCION Y CONTROL	9001	00	PAPELERIA EN GENERAL, UTILES Y MATERIALES DE OFICINA	1,500.00	
	0127	ACCION Y CONTROL	9001	00	PAPELERIA EN GENERAL, UTILES Y MATERIALES DE OFICINA	500.00	
	0132	ATENCION BASICA	9002	00	COMBUSTIBLES Y CARBURANTES	3,552.83	
2024	META	NOMB META	PROGRAMA PTAL	FTE FTO	NOMBRE CLASIFICADOR	MONTO	7,000.00
	0129	ACCION Y CONTROL	9001	00	PAPELERIA EN GENERAL, UTILES Y MATERIALES DE OFICINA	2,000.00	
	0136	ATENCION BASICA	9002	00	PAPELERIA EN GENERAL, UTILES Y MATERIALES DE OFICINA	4,000.00	
	0136	ATENCION BASICA	9002	00	LIBROS, DIARIOS, REVISTAS Y OTROS BIENES IMPRESOS NO VINCULADOS A ENSEÑANZA	1,000.00	

Fuente De Información *U.E.401SCCE: Unidad de Planificación; 2022- 2024.

La Oficina de Gestión de Calidad en el año 2022 tuvo asignado un presupuesto de 1082.59 nuevos soles, 2023 S/.6,55.83 y el 2024 S/. 7,000.00, monto que no atiende a todas las actividades programadas, motivo por el cual se gestiona presupuesto de programas presupuestales cada año, con la finalidad de dar cumplimiento a las diferentes actividades que se encuentran en el plan de trabajo de Gestiona de la Calidad.

Cuadro Nro 11

ASIGNACION PRESUPUESTAL EJECUTADO Y GESTIONADO DE PROGRAMAS PRESUPUESTALES

	META	NOMB META	PROGRAMA PTAL	FTE FTO	NOMBRE CLASIFICADOR	MONTO	
2022	0001	VIGILANCIA, INVESTIGACION Y TEC	0001	00	OTROS GASTOS	1040.00	7815.00
	0016	ATENCION PRENATAL REENFOCAD	0002	00	OTROS GASTOS	960.00	
	0016	ATENCION PRENATAL REENFOCAD	0002	00	OTROS GASTOS	320.00	
	0016	ATENCION PRENATAL REENFOCAD	0002	00	LIBROS, DIARIOS, REVISTAS Y OTROS BIENE	1315.00	
	0016	ATENCION PRENATAL REENFOCAD	0002	18	LIBROS, DIARIOS, REVISTAS Y OTROS BIENE	100.00	
	0120	NIÑOS CON VACUNA COMPLETA	1001	00	LIBROS, DIARIOS, REVISTAS Y OTROS BIENE	860.00	
	0120	NIÑOS CON VACUNA COMPLETA	1001	18	SERVICIOS DE ALIMENTACION DE CONSUM	720.00	
	0120	NIÑOS CON VACUNA COMPLETA	1001	18	PAPELERIA EN GENERAL, UTILES Y MATERIA	300.00	
	0121	NIÑOS CON CRED COMPLETO SEGU	1001	18	OTROS GASTOS	440.00	
	0133	ATENCION BASICA	6002	00	OTROS GASTOS	1760.00	
2023	META	NOMB META	PROGRAMA PTAL	FTE FTO	NOMBRE CLASIFICADOR	MONTO	7,861.50
	0118	NIÑOS CON SUPLEMENTO DE HIERRO Y	1001	00	OTROS GASTOS	40.00	
	0118	NIÑOS CON SUPLEMENTO DE HIERRO Y	1001	00	OTROS GASTOS	800.00	
	0006	ATENCION PRENATAL REENFOCADA	0002	00	OTROS GASTOS	160.00	
	0017	MONITOREO, SUPERVISION, EVALUACI	0016	00	OTROS GASTOS	800.00	
	0118	NIÑOS CON SUPLEMENTO DE HIERRO Y	1001	00	OTROS GASTOS	480.00	
	0092	TRATAMIENTO DE PERSONAS CON PRO	0131	00	PAPELERIA EN GENERAL, UTILES Y MATERIALES	1,500.00	
	0089	MONITOREO, SUPERVISION, EVALUACI	0131	00	PAPELERIA EN GENERAL, UTILES Y MATERIALES	408.00	
	0089	MONITOREO, SUPERVISION, EVALUACI	0131	13	SERVICIOS DE ALIMENTACION DE CONSUMO HUM	1,260.00	
	0117	NIÑOS CON CRED COMPLETO SEGUN ED	1001	00	SERVICIOS DE ALIMENTACION DE CONSUM	390.00	
	0117	NIÑOS CON CRED COMPLETO SEGUN ED	1001	00	SERVICIOS DE ALIMENTACION DE CONSUM	975.00	
0118	NIÑOS CON SUPLEMENTO DE HIERRO Y	1001	00	SERVICIOS DE ALIMENTACION DE CONSUM	975.00		
0117	NIÑOS CON CRED COMPLETO SEGUN ED	1001	00	SERVICIOS DE ALIMENTACION DE CONSUM	73.50		
2024	META	NOMB META	PROGRAMA PTAL	FTE FTO	NOMBRE CLASIFICADOR	MONTO	7,204.00
	0105	VIGILANCIA, INVESTIGACION Y TE	1001	00	MOBILIARIO PARA OFICINA	694.00	
	0016	PROMOCION DE PRACTICAS SALU	0002	00	SERVICIOS DE ALIMENTACION DE CONSU	500.00	
	0107	MONITOREO, SUPERVISION, EVALUACI	1001	18	OTROS GASTOS	560.00	
	0005	ADMINISTRAR SUPLEMENTO DE H	0002	00	SERVICIO DE IMPRESIONES, ENCUADER	1,000.00	
	0027	MEDIDAS DE CONTROL DE INFEC	0016	00	OTROS GASTOS	800.00	
	0119	NIÑOS CON SUPLEMENTO DE HIE	1001	00	OTROS GASTOS	440.00	
	0119	NIÑOS CON SUPLEMENTO DE HIE	1001	00	OTROS GASTOS	560.00	
	0059	PROMOCION DE PRACTICAS HIGI	0018	00	SERVICIOS DE ALIMENTACION DE CONSU	200.00	
	0006	ATENCION PRENATAL REENFOCA	0002	00	SERVICIOS DE ALIMENTACION DE CONSU	300.00	
	0018	MONITOREO, SUPERVISION, EVALUACI	0016	00	SERVICIOS DE ALIMENTACION DE CONSU	400.00	
	0006	ATENCION PRENATAL REENFOCA	0002	00	SERVICIOS DE ALIMENTACION DE CONSU	500.00	
0107	MONITOREO, SUPERVISION, EVALUACI	1001	18	SERVICIOS DE ALIMENTACION DE CONSU	500.00		
0006	ATENCION PRENATAL REENFOCA	0002	00	SERVICIOS DE ALIMENTACION DE CONSU	750.00		

Fuente de Información *U.E.401SCCE: Unidad de Planificación; 2022 - 2024.

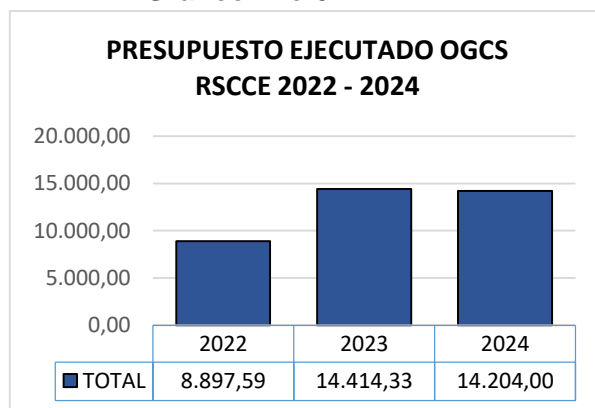
Para el año 2024, el presupuesto asignado fue de S/. 7,000.00 nuevos soles, monto que no cubre las actividades programadas en el Plan de trabajo - 2024. de Gestión de la Calidad en Salud, las tareas pendientes se realizan con el aporte económico de los diferentes programas presupuestales. Según los cuadros arriba presentados se tiene especificado los programas y específicas de gasto con los cuales se realizó las actividades a realizar en el año 2024.

Cuadro Nro 12
Resumen del presupuesto asignado y ejecutado 2022 - 2024

AÑO	ASIGNADO UNIDAD PLANIFICACION	ASIGNADO EJECUTADO PROGRAMAS PRESUPUESTALES	TOTAL
2022	1082.59	7815.00	8,897.59
2023	6552.83	7861.50	14,414.33
2024	7000.00	7204.00	14,204.00

Fuente de Información *U.E.401SCCE: Unidad de Planificación; 2022 - 2024.

Grafico Nro 04



Al análisis del presupuesto que se ejecutó en los años 2022 al 2024, se evidencia que en relación al año 2022 el presupuesto distribuido fue de 1082 nuevos soles y para el

año 2023 y 2024, se incrementó tanto lo asignado por la unidad de Planificación con la gestionada y ejecutada de los diferentes programas presupuestales.

2.4 COMPONENTE DE PRESTACIÓN:

El proceso de desarrollo de las actividades programadas en Gestión de la Calidad Sanitaria se desarrolló en la Unidad Ejecutora 401 Salud Canas Canchis Espinar, con la propuesta e implementación de indicadores de proceso y resultado de la gestión sanitaria

2.4.1 INFORMACION PARA LA CALIDAD EN SALUD

Componente de Información para la calidad está concebido como 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. La satisfacción del usuario es de fundamental importancia como una medida de la calidad de la atención, porque proporciona información sobre el éxito del proveedor en alcanzar los valores y expectativas del mismo. Para el año 2024 la Unidad de Gestión y Calidad Sanitaria en Salud, ha desarrollado la encuesta de satisfacción del usuario externo, y la implementación de las plataformas de atención del usuario en los 51 EESS de categoría I-4 al I-1

2.4.1.1 SATISFACCION DEL USUARIO EXTERNO

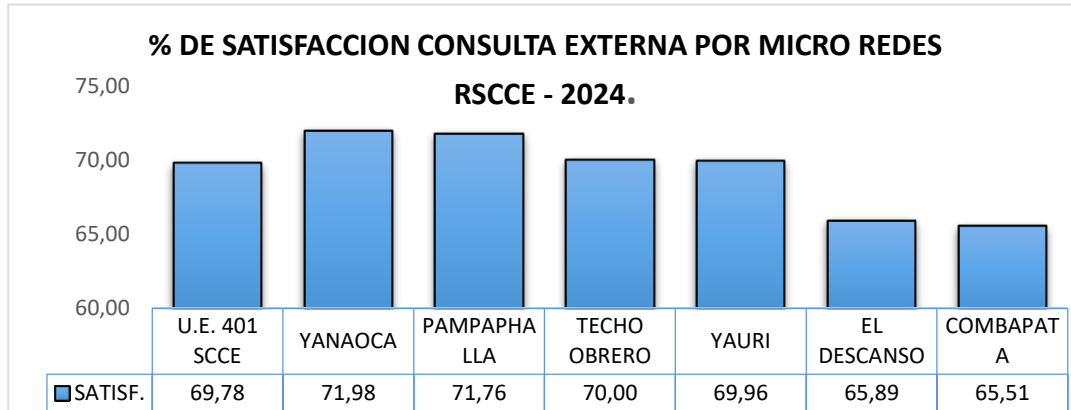
Medición de Satisfacción del Usuario externo de Salud: es de fundamental importancia como una medida de calidad de la atención, ya que proporciona información sobre del éxito del trabajador de salud en alcanzar los valores y expectativas del mismo y la medida en que la atención sanitaria y el estado de salud resultante cumplen con las perspectivas del usuario de salud. Para dichas mediciones utiliza la herramienta establecida en la RM N° 527-2011/MINSA "Guía Metodológica para la Evaluación de la Satisfacción del Usuario Externo en los Establecimientos y Servicios Médicos de apoyo" del Ministerio de Salud

La Guía técnica para la evaluación de la satisfacción del usuario externo en los establecimientos y servicios médicos de apoyo: R.M. N° 527-2011/MINSA, es un documento técnico que contiene la metodología SERVQUAL, cuenta con una escala multidimensional diseñada para medir satisfacción de los usuarios externos en empresas de servicios privados. En ese contexto el Ministerio de Salud ha asumido la metodología con pequeñas modificaciones en el modelo y el contenido del cuestionario, obteniendo la metodología SERVQUAL modificada ya que define la calidad de atención como la brecha o diferencia (P-E) entre las percepciones (P) y expectativas (E) de los usuarios externos, por su validez y alta confiabilidad, implementándose en los servicios de salud de nuestro país. El análisis de los datos se realiza mediante un programa estadístico simple MS Excel, que contribuye a identificar la expectativa y percepción de los pacientes que acuden a los servicios de salud, el nivel de satisfacción global y las principales causas de insatisfacción como oportunidades de mejora de la calidad de atención.

EVALUACION DE LA SATISFACCION DEL USUARIO EXTERNO – CONSULTA EXTERNA

U.E. 401 RSSCCE. 2024

Gráfico N° 05



Fuente: Base de datos SGCS – RSCCE 2024

De acuerdo a la evaluación de satisfacción por consulta externa: podemos identificar que la RSCCE ha alcanzado un porcentaje de satisfacción del 69.78% siendo la Microrred Combapata (65.51%) el que presenta el resultado más bajo a comparación de las demás microrredes. Se evidencia que con mayor nivel de satisfacción se encuentra Yanaoca (71.98%), Pampaphalla (71.76%) y Techo Obrero (70%).

Cuadro N° 13
% de Satisfacción del Usuario Externo en Consulta Externa según Dimensiones - RSCCE - 2024

MICRO RED IPRESS	Fiabilidad	Capacidad de Respuesta	Seguridad	Empatía	Aspectos Tangibles	Porcentaje Total
	%	%	%	%	%	%
MR COMBAPATA	68.41	65.08	65.14	63.76	62.75	64.18
CS COMBAPATA	58.19	54.17	49.17	46.25	42.50	48.02
CS TINTA	75.60	69.00	74.50	70.00	70.50	71.00
PS CHIARA	57.00	67.50	64.38	60.00	52.50	61.09
PS MOSOCLACTA	86.05	79.58	75.00	80.56	82.64	79.44
CS CHECACUPE	97.33	89.44	95.56	93.33	90.00	92.08
PS PITUMARCA	42.74	38.62	39.25	41.49	47.89	41.83
MR EL DESCANSO	63.36	62.60	65.65	66.60	71.18	66.51
CS EL DESCANSO	59.00	57.50	53.33	57.50	70.42	59.69
PS CHECCA	63.11	66.11	77.78	73.33	75.00	73.06
PS CHITIBAMBA	73.85	68.27	73.08	75.96	66.35	70.91
MR PAMPAPHALLA	76.80	72.67	72.53	71.13	63.47	69.95
CS PAMPAPHALLA	59.50	58.75	60.00	64.38	58.13	60.31
CSMC SICUANI	78.22	74.44	72.22	60.00	39.44	61.53
PS PHINAYA	48.48	43.94	40.15	51.52	45.45	45.27
PS QUEHUAR	95.56	87.22	89.44	93.89	88.89	89.86
PS SAN PABLO	95.91	96.02	96.59	94.89	93.75	95.31
PS SAN PEDRO	64.78	66.85	60.87	58.15	60.33	61.55
PS SANTA BARBARA	94.89	88.83	81.91	79.26	73.40	80.85
PS UZCUPATA	81.33	71.67	79.17	73.33	75.83	75.00
PS LA FLORIDA	64.44	56.67	65.00	60.00	35.00	54.17
MR TECHO OBRERO	73.83	71.24	68.80	69.85	64.97	68.72
CS LAYO	78.10	69.05	72.02	70.24	62.50	68.45
CS MARANGANI	56.79	57.14	52.68	53.57	53.13	54.13
CS TECHO OBRERO	66.33	61.67	62.50	65.42	49.58	59.79
PS CCUYO	70.95	83.33	69.64	66.67	66.67	71.58

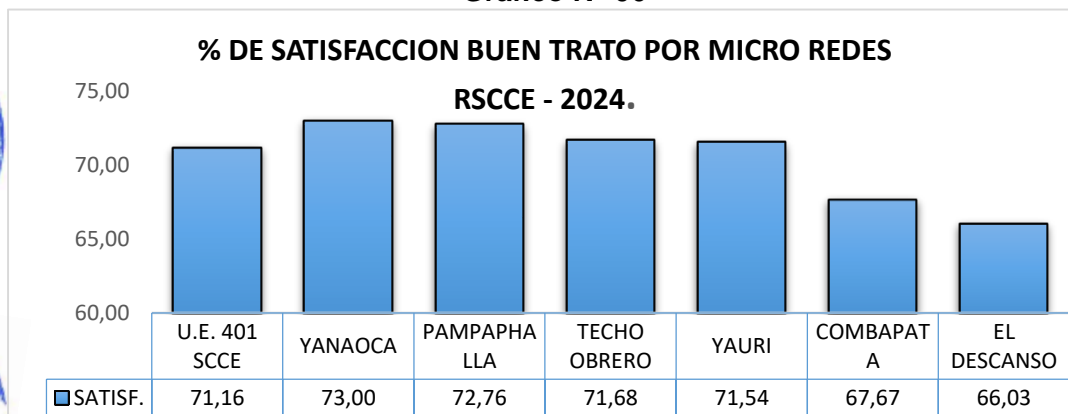
"Año de la Recuperación y Consolidación de la Economía Peruana"

PS CHECTUYOC	91.11	84.26	88.89	87.96	87.96	87.27
PS CONDEVILUYO	86.00	76.67	75.00	83.33	82.50	79.38
PS HERCCA	70.27	62.84	64.19	63.51	63.51	63.51
PS OCCOBAMBA	85.33	80.00	74.44	77.78	72.78	76.25
PS LANGUI	77.00	80.00	76.25	76.88	69.38	75.63
MR YANAOCA	70.20	71.30	71.96	74.28	70.51	72.01
CS YANAOCA	55.00	55.59	67.11	62.17	62.83	61.92
PS HAMPATURA	89.74	85.26	87.82	85.26	92.95	87.82
PS HUINCHIRI	66.25	49.22	67.97	61.72	42.97	55.47
PS PAMPAMARCA	68.00	72.50	67.50	80.00	70.00	72.50
PS PONGOÑA	79.00	95.00	88.75	98.75	80.00	90.63
PS QUEHUE	76.28	77.91	75.58	80.23	62.79	74.13
PS SURIMANA	83.20	87.00	76.00	83.00	89.00	83.75
PS TOCCOCORI	57.33	61.67	58.33	61.67	68.33	62.50
PS TUNGASUCA	67.37	74.34	55.92	69.08	75.66	68.75
PS COCHAPATA	65.71	67.86	71.43	67.86	75.00	70.54
PS CHAUIBANDA	88.00	92.50	100.00	87.50	80.00	90.00
YAURI	75.57	68.68	71.17	67.94	63.24	67.76
CS YAURI	89.85	80.00	86.54	88.08	86.54	85.29
PS ACCOCUNCA	78.50	70.00	65.00	67.50	73.75	69.06
PS CONDOROMA	15.17	19.83	15.52	33.62	7.76	19.18
PS COPORAQUE	59.53	70.93	64.53	60.47	43.02	59.74
PS HUAYHUAHUASI	92.44	76.11	77.78	62.78	76.11	73.19
PS OCCORURO	89.20	88.00	99.00	87.50	49.50	81.00
PS PICHIGUA	70.64	53.72	58.51	60.11	38.30	52.66
PS SAN MIGUEL	92.20	95.73	96.95	95.12	88.41	94.05
PS SUYKUTAMBO	91.43	70.92	75.51	62.76	77.04	71.56
PS URINSAYA	65.00	75.63	75.63	63.75	72.50	71.88
PS PALLPATA	45.22	13.59	19.57	14.67	17.39	16.30
PS TINTAYA MARQUIRI	87.06	86.03	89.71	91.91	91.18	89.71
CSMC MUSUQ KAWSAY	79.11	77.22	78.89	81.11	83.33	80.14
TOTAL RSCCE	72.87	69.44	69.96	69.27	65.23	68.48

Fuente: Base de datos SGCS – RSCCE 2024

Se evidencia que en el 100% de microrredes existen dimensiones con niveles altos y bajos de satisfacción sin embargo al análisis son las microrredes de El Descanso y Combapata quienes presentan niveles bajos de satisfacción, en general se observa que es la dimensión de aspectos tangibles quien presenta nivel de insatisfacción más bajo sobre todo en la Microrred de Pampaphalla y Yauri (¿El establecimiento de salud contó con baños limpios para los pacientes?)

Gráfico N° 06



Fuente: Base de datos SGCS – RSCCE 2024

Podemos observar los resultados de buen trato, como red a alcanzado el 71.16% y el 100% de IPRESS se encuentran con niveles de insatisfacción en el buen trato al usuario externo por encima del 60%. Sin embargo, si analizamos por microrredes quien tuvo menor porcentaje de satisfacción es la microrred El Descanso (66.03%), siendo el ítem

observado (¿Su atención se realizó según el horario publicado en el establecimiento de salud? Con un 61.63%.

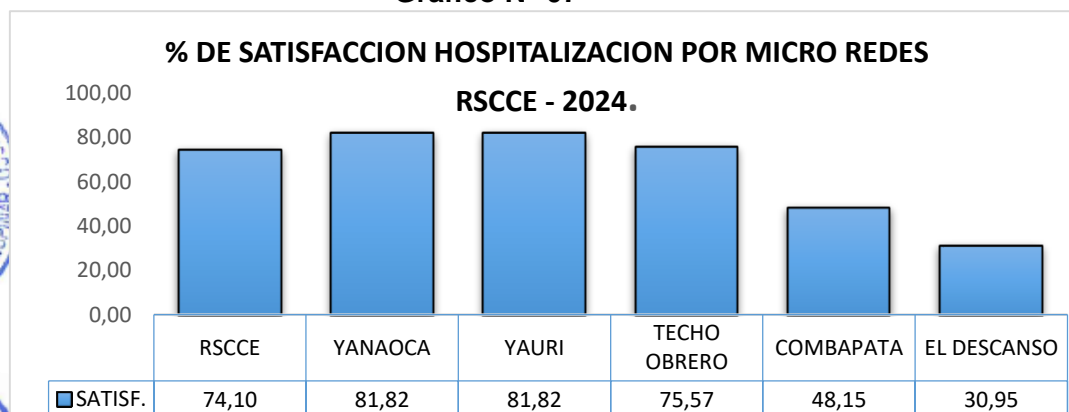
Cuadro N° 15
% de Satisfacción de Buen Trato del Usuario
RSCCE - 2024

Buen Trato	COMBAPATA	EL DESCANSO	T OBRERO	PAMPAPHALLA	YANAOCA	YAURI	U.E. 401 SCCE
Preguntas / Dimensiones	%	%	%	%	%	%	%
¿Usted fue atendido sin diferencia alguna en relación a otras personas?	70.14	68.70	77.57	81.87	75.36	77.70	76.46
¿Su atención se realizó según el horario publicado en el establecimiento de salud?	71.12	61.83	78.10	80.00	75.65	74.56	75.11
¿Cuándo usted presentó algún problema o dificultad se resolvió inmediatamente?	69.78	63.36	74.93	77.07	77.68	75.44	74.50
¿Durante su atención en el consultorio se respetó su privacidad?	67.27	63.36	68.60	72.53	72.46	73.17	70.70
¿Usted comprendió la explicación que le brindó el médico u otro profesional sobre su salud o resultado de su atención?	61.87	67.18	69.92	71.73	73.33	67.94	69.02
¿El consultorio donde fue atendido contó con equipos disponibles y los materiales necesarios para su atención?	65.83	71.76	60.95	53.33	63.48	60.45	61.19
Total	67.67	66.03	71.68	72.76	73.00	71.54	71.16

Fuente: Base de datos SGCS – RSCCE 2024

En el cuadro se evidencia que es el ítem 6 (¿El consultorio donde fue atendido contó con equipos disponibles y los materiales necesarios para su atención?), el que presenta el nivel más bajo como RSCCE (61.19%) siendo la Microrred Pampaphalla en comparación de las demás quien presenta menor porcentaje de satisfacción (53.33%), y como red es El Descanso quien presenta más ítems con niveles de insatisfacción más bajos.

Gráfico N° 07



Fuente: Base de datos SGCS – RSCCE 2024

El presente gráfico evidencia que el nivel de satisfacción como RSCCE se encuentra en un 74.10%, la microrred con el nivel de satisfacción más alto se encuentra Yanaoca y

yauri con el mas bajo nivel de satisfacción se encuentra Combapata (48.15%) y el descanso (30.95%).

Cuadro N° 16
% de Satisfacción del Usuario Externo servicio de hospitalización según Dimensiones RSCCE - 2024

MICRO RED	EL DESCANSO	COMBAPATA	TECHO OBRERO	YANAOCA	YAURI	U.E. 401
DIMENSIONES	%	%	%	%	n	%
¿Durante su hospitalización recibió visita médica todos los días?	0.00	80.00	100.00	100.00	100.00	71.05
¿Usted comprendió la explicación que los médicos le brindaron sobre la evolución de su problema de salud por el cual permaneció hospitalizado?	10.00	60.00	75.00	100.00	87.50	60.53
¿Usted comprendió la explicación de los médicos sobre los medicamentos que recibió durante su hospitalización: beneficios y efectos adversos?	40.00	40.00	100.00	85.71	75.00	57.89
¿Usted comprendió la explicación que los médicos le brindaron sobre los resultados de los análisis de laboratorio que le realizaron?	20.00	60.00	75.00	85.71	87.50	57.89
¿Al alta, usted comprendió la explicación que los médicos le brindaron sobre los medicamentos y los cuidados para su salud en casa?	30.00	60.00	50.00	100.00	87.50	55.26
Fiabilidad	20.00	60.00	80.00	94.29	87.50	82.14
¿Los trámites para su hospitalización fueron rápidos?	20.00	60.00	100.00	71.43	87.50	60.53
¿Los análisis de laboratorio solicitados por los médicos se realizaron rápido?	50.00	50.00	62.50	42.86	87.50	45.95
¿Los exámenes radiológicos (rayos X, ecografías, tomografías, otros) se realizaron rápido?	50.00	40.00	37.50	57.14	62.50	36.84
¿Los trámites para el alta fueron rápidos?	60.00	40.00	62.50	71.43	62.50	44.74
Capacidad de Respuesta	45.00	47.37	65.63	60.71	75.00	63.96
¿Los médicos mostraron interés para mejorar o solucionar su problema de salud?	30.00	60.00	87.50	100.00	62.50	57.89
¿Los alimentos le entregaron a temperatura adecuada y de manera higiénica?	10.00	50.00	0.00	85.71	75.00	48.65
¿Se mejoró o resolvió el problema de salud por el cual se hospitalizó?	60.00	40.00	87.50	100.00	75.00	57.89
¿Durante su hospitalización se respetó su privacidad?	30.00	60.00	100.00	85.71	100.00	65.79
Seguridad	32.50	52.63	81.25	92.86	78.13	78.38
¿El trato del personal de obstetricia y enfermería fue amable, respetuoso y con paciencia?	60.00	40.00	87.50	85.71	75.00	55.26
¿El trato de los médicos fue amable, respetuoso y con paciencia?	10.00	40.00	75.00	100.00	100.00	60.53
¿El trato del personal de nutrición fue amable, respetuoso y con paciencia?	10.00	40.00	62.50	85.71	87.50	52.63
¿El trato del personal encargado de los trámites de admisión o alta fue amable, respetuoso y con paciencia?	50.00	40.00	62.50	100.00	50.00	47.37
¿El personal de enfermería mostró interés en solucionar cualquier problema durante su hospitalización?	30.00	40.00	87.50	100.00	87.50	60.53
Empatia	32.00	40.00	75.00	94.29	80.00	75.00
¿Los ambientes del servicio fueron cómodos y limpios?	30.00	40.00	87.50	42.86	100.00	52.63
¿Los servicios higiénicos para los pacientes se encontraron limpios?	30.00	40.00	75.00	28.57	87.50	44.74
¿Los equipos se encontraron disponibles y se contó con materiales necesarios para su atención?	20.00	40.00	87.50	85.71	100.00	60.53
¿La ropa de cama, colchón y frazadas son adecuados?	20.00	40.00	50.00	85.71	62.50	44.74
Aspectos Tangibles	25.00	40.00	75.00	60.71	87.50	68.75
PORCENTAJE TOTAL	30.45	48.15	75.57	81.82	81.82	74.10

Fuente: Base de datos SGCS – RSCCE 2024

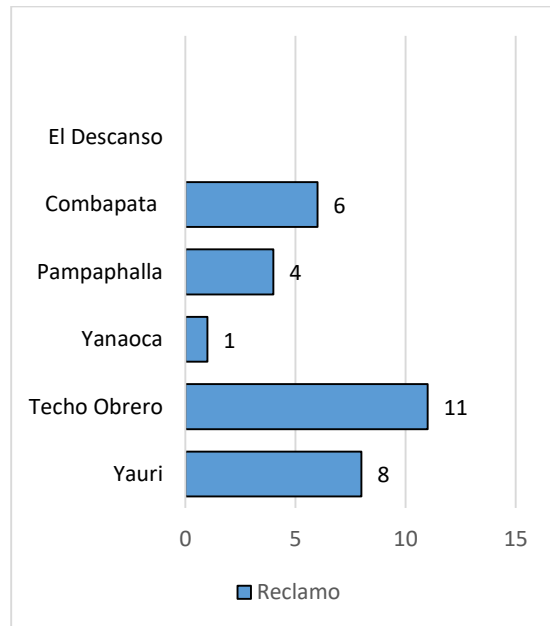
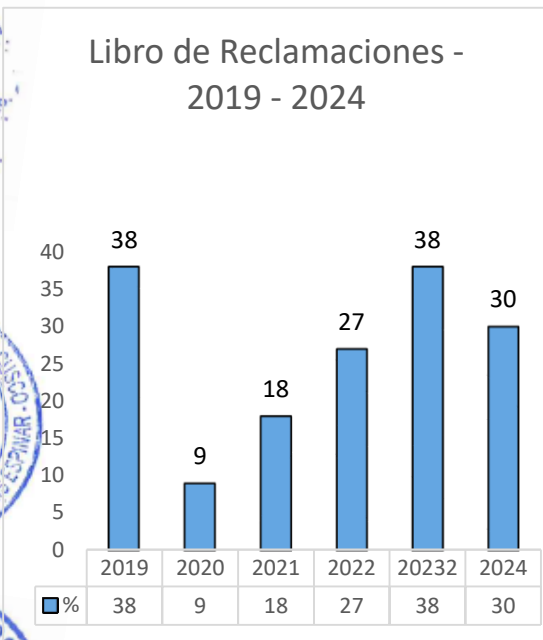
En el presente cuadro se evidencia que existe deficiencias en el servicio de hospitalización con niveles de insatisfacción sobre todo en los establecimientos de El Descanso y Combapata, siendo el descanso quien presenta muy bajos niveles de insatisfacción en la mayoría de las dimensiones, similar situación es en el centro de salud Combapata

2.4.1.2 MECANISMOS PARA LA ATENCION DEL USUARIO (INFORMACION PLATAFORMA DE ATENCION)

Gestión de quejas y reclamos. Se entiende como un proceso de control y mejoramiento continuo, que permite visualizar e informar de lo que sucede, cuáles son las inquietudes quejas y sugerencias que tienen los usuarios de los servicios. De igual forma se puede establecer la manera cómo poder resolver todas aquellas inquietudes y de esta forma combatir debilidades de los servicios de salud percibidas por los usuarios. Se ha previsto el desarrollo de instrumentos de medición aplicables a los usuarios en las diferentes etapas de los procesos de atención de salud, Los resultados obtenidos deben desencadenar en acciones y/o proyectos de mejora continua de los procesos, que incorporen acciones de monitoreo y seguimiento, así como proyectos de investigación como aportes al conocimiento y mejora de la calidad.

GRAFICO N° 08

Libro De Reclamaciones Año Fiscal 2019 -2024



FUENTE DE INFORMACION: INFORMES DE OGCS UE.401SCCE

En el presente grafico se aprecia que el libro de reclamaciones se viene registrando en las 6 microrredes, en las cabeceras de Microrred, asi mismo se evidencia que todos los reclamos son atendidos. Durante el año fiscal 2024 en el ámbito de la U.E. 401 SCCE, se presentaron 30 reclamos; de los cuales en relación a año 2023 disminuyo el número de reclamos. Para el presente año se mejorará la implementación de la información de

reclamamos a los usuarios para que reciban una atención con calidad y calidez, para ello se tiene programado fortalecer al personal de salud.

2.4.2 GARANTIA Y MEJORA

2.4.2.1 AUDITORIA DE LA CALIDAD DE ATENCION EN SALUD

Durante el año 2024 se continuo en el proceso de repotenciar la implementación del proceso de Auditoria de la Calidad de Atención en Salud Establecida en la Norma Técnica N° 029-MINSA/DIGEPRES-V.02, "Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud" aprobada por R.M. 502 – 2016, para consolidar el proceso se dio cumplimiento a las funciones asignadas a dicha área:

Con respecto a la Auditoria de la Calidad de Atención en su Modalidad de Caso, se desarrollaron mayores esfuerzos en el marco de la disminución de la razón de mortalidad materna, neonatal y fetal en nuestra región y ámbito de la UE:401SCCE, por tanto, los criterios establecidos para efectos de desarrollar las auditorias de Caso están circunscritos como prioridad a las atenciones realizadas en los EE. SS y que terminaron en Mortalidad Materna. En la unidad ejecutora se reportó 01 Muerte Materna por causa Directa durante el año 2023 y Muertes Perinatales ocurridas 30 casos de las cuales 9 Auditorías realizadas de la 44 solo 20 muertes corresponde a auditoria quedando no cumple con los criterios de auditoria para este año. En cuanto a la muerte materna se realizó el 100% de auditoria presentando una solo muerte que significa una Tasa de Mortalidad Materna de 33.3 por 100mil nacido vivos.

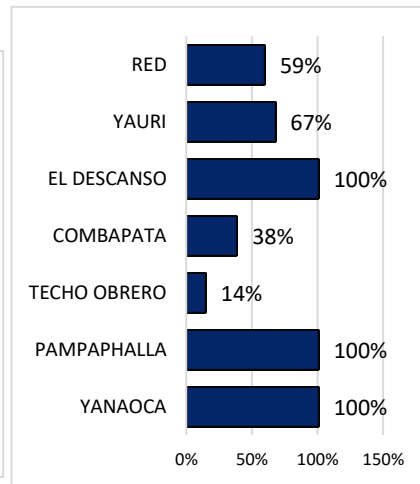
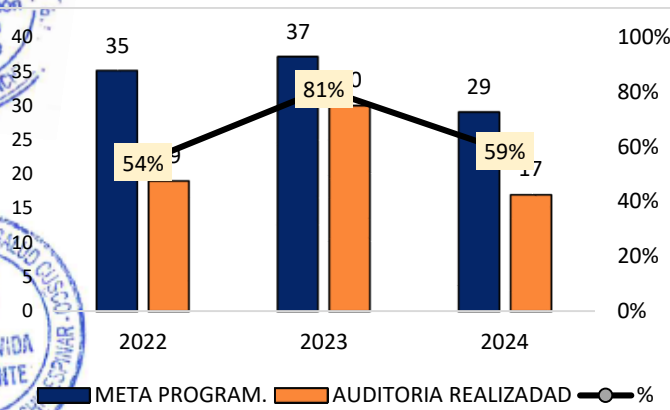
INDICADORES DE LOS PROCESOS DE AUDITORÍA

- AUDITORIAS DE CASO

GRAFICO N° 09

Auditorias De Caso

Unidad De Gestión Y Calidad En Salud U.E. 401 SCCE AÑO 2022 – 2024



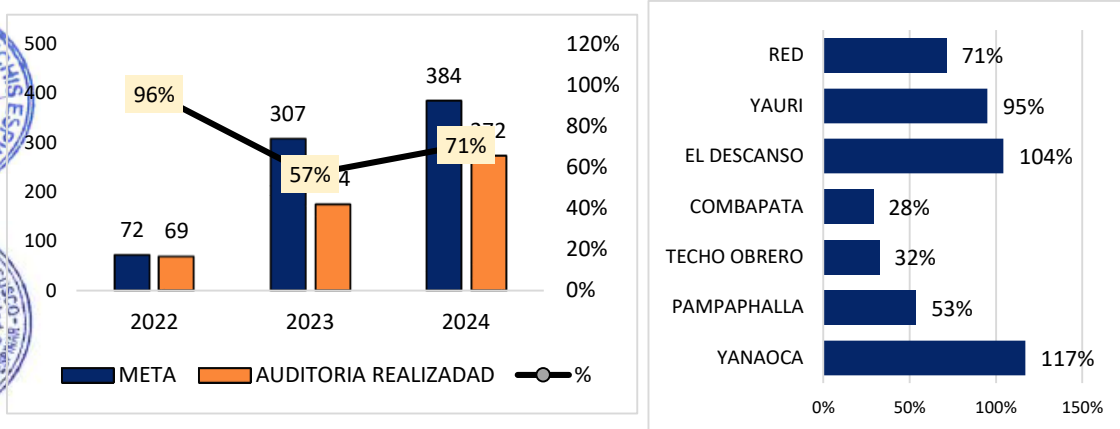
FUENTE DE INFORMACION: INFORMES DE AUDITORIA 2024

Las Auditorias de Caso fueron realizadas por las Micro Redes del ámbito de la U.E. 401 SCCE según categoría desarrollaron las auditorias de caso en un 59%, ejecutadas por los comités de auditoría acreditados de cada instancia donde se suscitó el caso, las microrredes que presentan mayor avance fueron Yanaoca, Pampaphalla y el Descanso, las microrredes con menor avance son Yauri, Combapata y Techo Obrero, para el presente año 2025 se fortalecerá el cumplimiento de las auditorías a través de estrategias que permitan realizar adecuada y oportunamente las correspondientes auditorias.

- AUDITORIAS PROGRAMADAS



GRAFICO N° 10
Auditorías Programadas
Unidad De Gestión Y Calidad En Salud U.E. 401 SCCE Año 2022 – 2023



FUENTE DE INFORMACION: INFORMES DE AUDITORIA 2024

Las Auditorías Programadas fueron realizadas por los comité de auditoría del ámbito de la U.E. 401 SCCE, a nivel de los comités de auditoría en salud de Micro Redes y EESS, lográndose ejecutar el 71% del total de auditorías programadas, se evidencia que en relación al año anterior la meta y avances fueron incrementados, a pesar de ello se incrementó el porcentaje de auditorías programadas, al análisis por microrredes se observa que las microrredes con mayor avance fueron Yanaoca, yauri y el descanso, lo contrario ocurre con las microrredes de Combapata, Techo Obrero y Pampaphalla, para el presente año se realizara mayor seguimiento al cumplimiento de las auditorías programadas.

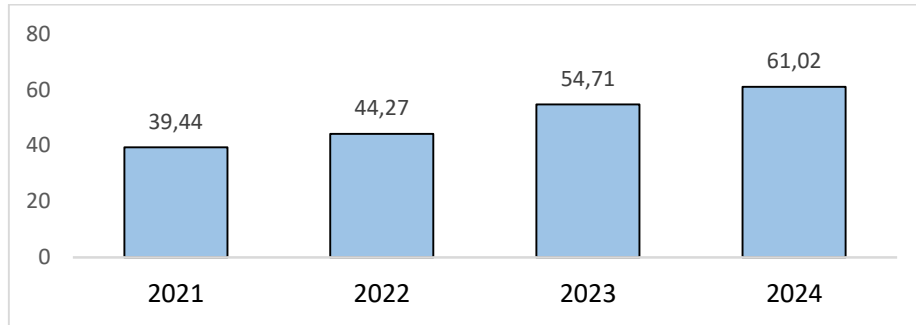
2.4.2.2 ACREDITACION DE LOS ESTABLECIMIENTOS

El proceso de Autoevaluación se realiza periódicamente en la U.E 401 SCCE. Para ello se inicia socializando y fortaleciendo definiciones y adecuado manejo de los Macroprocesos del instrumento de autoevaluación, la Acreditación, se convierte en una importante herramienta para la sostenibilidad; con ella se obtiene un compromiso claro de las organizaciones de salud por mejorar la calidad de atención al usuario, garantizando un entorno seguro y sistemáticamente en la reducción de riesgos, tanto para los usuarios como el personal, contribuyendo a obtener servicios de salud con un enfoque humano y social.

Su principal objetivo es conocer el nivel de cumplimiento de los estándares de acreditación en los establecimientos de salud según categoría y medir el grado de avance de IPRESS.

Para el año 2024 se realizó un trabajo muy analítico y de evaluación a la NORMA TÉCNICA DE SALUD N° 050 - MINS / DGSP - V.02 PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD Y SERVICIOS MÉDICOS DE APOYO del año 2023. Trabajo realizado con el equipo de acreditación de la Red canas Canchis Espinar con el acompañamiento de las coordinaciones de DAIS, LOGISTICA, RECURSOS HUMANOS, PATRIMONIO Y OTROS. Con finalidad de trabajar con un instrumento actualizado y a nuestra realidad. Para el presente año 2023 se procedió a evaluar al 100% de establecimientos de salud (AUTOEVALUACION INTERNA) en las 6 micro redes. Además, cabe mencionar que desde el año 2021 es considerado como un indicador de desempeño en el **CONVENIO DE GESTION**.

GRAFICO Nro. 11

Resultados del desempeño de cumplimiento General
U.E. 401 SCCE. 2021 - 2024

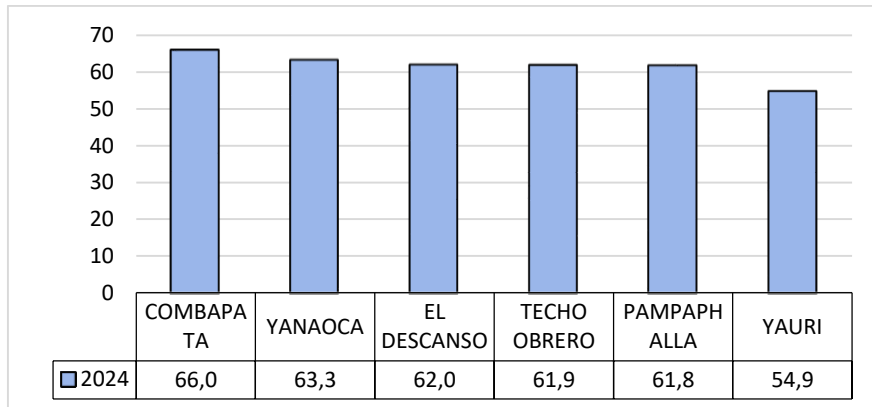
Fuente: base de datos Aplicativo de Autoevaluación – Dirección SGCS. GERESA Cusco

Como se observa en el gráfico el puntaje final de la Autoevaluación calculado mediante el aplicativo es igual a 61.02% (NO aprobado), con relación al año 2023 se ha incrementado en 6.31 puntos.

Según la NT Nro. 050-MINSA/DGSP-V.02. para obtener un puntaje aprobatorio el puntaje debe ser mayor o igual a 85% del cumplimiento del total de criterios establecidos en el Listado de Estándares de Acreditación.

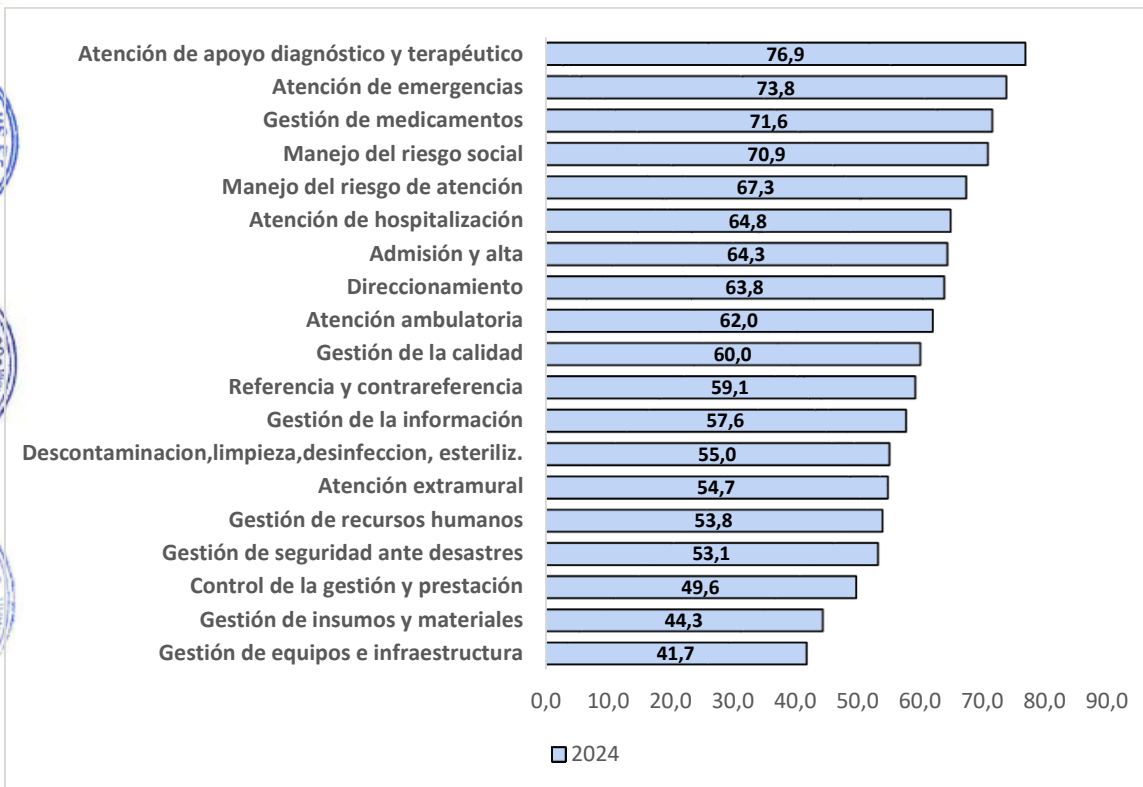
También mencionar que hay tres Macroprocesos que no se evalúan en el primer nivel de atención, que son el Macroproceso 11 (Atención quirúrgica), 12(Docencia e Investigación) y 20 (Nutrición y Dietética).

Gráfico N° 12

Resultados del desempeño de cumplimiento por Micro Red
U.E. 401 SCCE. 2021 - 2024

Fuente: base de datos Aplicativo de Autoevaluación – Dirección SGCS. GERESA Cusco

Se observa en el presente gráfico, en el año 2024, las Microrredes que obtuvieron un puntaje superior a 60% son cinco, Combapata (66.0), Yanaoca (63.3), El Descanso (62.0), Techo Obrero (61.9), Pampaphalla (61.8) y el que menor desempeño tiene es Yauri (54.9) según análisis se evidencia que es la Microred yauri presenta el menor desempeño, por la inequidad que existe en la distribución del recurso humano por lo tanto se deberá realizar un mayor seguimiento a los diferentes gestores de las IPRESS de la U.E. 401 SCCE. El mismo que debe ser abordado como una tarea permanente por la Alta Dirección, DAIS y los diferentes direcciones y jefaturas de oficinas de la parte administrativa como de las IPRESS en lo asistencial

Gráfico N° 13Resultados del desempeño de cumplimiento según Macroprocesos.
U.E. 401 SCCE. 2024

Fuente: base de datos Aplicativo de Autoevaluación – Estadística. RSCCE

Se puede observar en el presente gráfico el resultado de autoevaluación del año 2024, Los Macroprocesos con mejor desempeño se encuentra, Atención de apoyo diagnóstico y terapéutico (76,9) Atención de emergencias (73,8) Gestión de medicamentos (71,6) Manejo del riesgo social (70,9), mientras con un mediano desempeño tenemos a Manejo del riesgo de atención (67,3) Atención de hospitalización (64,8) Admisión y alta (64,3) Direccionamiento (63,8) Atención ambulatoria (62,0) Gestión de la calidad (60,0) Referencia y contrareferencias (59,1).

Con un desempeño menor al 50% se ubica a Gestión de la información (57,6) Descontaminación, limpieza, desinfección, esterilización. (55,0) Atención extramural (54,7) Gestión de recursos humanos (53,8) Gestión de seguridad ante desastres (53,1) Control de la gestión y prestación (49,6) Gestión de insumos y materiales (44,3) Gestión de equipos e infraestructura (41,7)

2.4.2.3 SEGURIDAD DEL PACIENTE

La Seguridad del paciente es una prioridad de la atención sanitaria y un componente clave en la garantía de mejora de la gestión de calidad en salud, es un indicador fundamental para prever posibles eventos adversos en la atención, tomar decisiones oportunas, corregir los errores y aprender en forma oportuna y así mismo para crear una cultura de seguridad que lleva al mejoramiento continuo de la calidad en la atención de salud.

El Ministerio de Salud del Perú, a través de la GERESA – CUSCO. Propicia la implementación de Seguridad del Paciente, en el marco de la Norma Técnica Sanitaria



como aspecto esencial de la calidad en los servicios de salud; llevando a cabo estrategias innovadoras que mejoren la calidad de la atención y la seguridad de los pacientes, tales como la Cultura de seguridad, la seguridad en la medicación, control de infecciones intrahospitalarias, Comunicación de la información (notificación de eventos adversos), la realización de procedimientos correctos en lugares del cuerpo correcto, identificación de pacientes, comunicación durante el cambio de turnos y entrega de pacientes, mejora de la higiene de manos para prevenir infecciones.¹

2.4.2.3.1 HIGIENE DEL LAVADO DE MANOS

La higiene de manos es una actividad programada a nivel de la Unidad Ejecutora 401 Salud Canas Canchis Espinar. Los procesos de Higiene del lavado de manos en los órganos desconcentrados, para el año 2024 se inicia en los 52 PRESS. En el aspecto organizativo, mejora de capacidades, la implementación, Higiene de manos establecidos con juntamente con la GERESA- CUSCO a través de la Dirección Gestión y Calidad Sanitaria, producto de ello se cuenta con resultados relacionados a la aplicación de la Lista de Verificación de los procesos de Higiene Manos.

En el año 2024 se ha priorizo los procesos de Higiene de Manos aplicados en los servicios de cada establecimiento de salud a nivel de la RED de salud se evaluaron 11 servicios, área de PAUS y Saneamiento ambiental. Así mismo es necesario mencionar el grupo que más número de profesionales es de enfermería con 106 licenciadas evaluadas, seguido por las obstetras con un número de 94 obstetras y los médicos fueron evaluados en un numero de 66 médicos. El personal Tecnico en enfermería fue evaluado en número de 154. El resto de profesionales en un número menor lo que significa que para el año 2022 se llegara evaluara al 100% del personal y que además cumpla con la adherencia a las guías prácticas.

CUADRONo. 14
% Adherencia a la Higiene de manos por Micro Redes,
RSSCCE - 2024

MICRO RED	AGUA JABON	ALCHOL GEL	OMISION	TOTAL OBSERVADOS	%	ESCALA CUMPLIMIENTO
YAURI	267	231	87	585	85.1	EN PROCESO
T OBRERO	374	294	114	782	85.4	EN PROCESO
YANAOCA	241	241	15	497	97.0	ADECUADO
PAMPAPHALLA	1040	1199	963	3202	69.9	EN PROCESO
COMBAPATA	219	185	228	632	63.9	EN PROCESO
EL DESCANSO	155	152	43	350	87.7	EN PROCESO
RSCCE	2296	2302	1450	6048	76.0	EN PROCESO

Fuente: Base de datos OGC 2024.

En el presente cuadro se evidencia que como RSCCE nos encontramos en un nivel de desempeño de en proceso (76%), lo que significa que en necesario tomar acción de fortalecimiento al personal de salud en los 52 establecimientos teniendo en cuenta que de las seis microrredes solo una se encuentra en escala de adecuado.

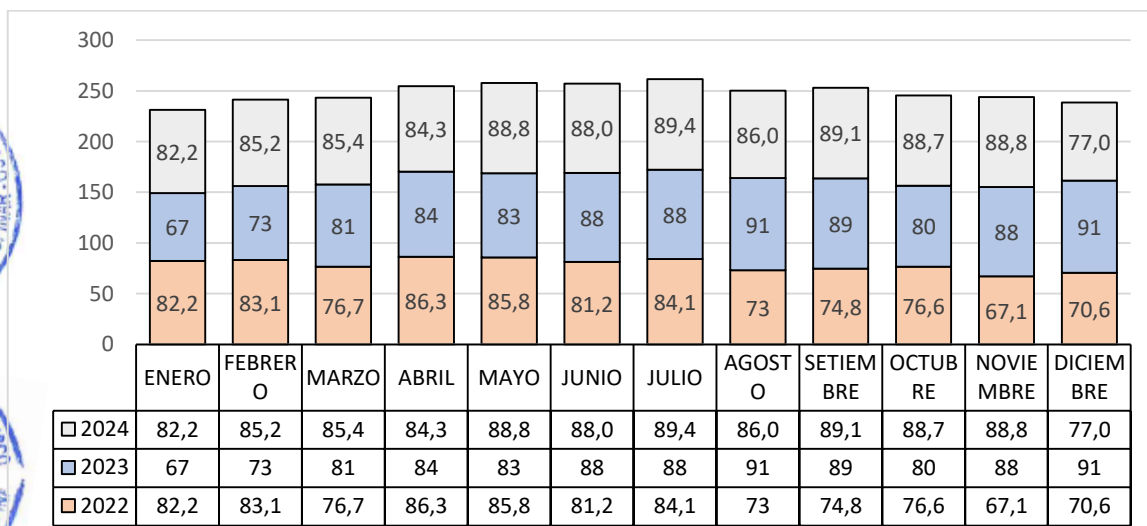
CUADRO Nro. 15
Adherencia a la Higiene de manos según servicio,
RSSCCE IV Trimestre 2024

GRUPO OCUPACIONAL	AGUA JABON	ALCHOL GEL	OMISION	TOTAL OBSERVADOS	%	ESCALA CUMPLIMIENTO
MEDICO	313	297	176	786	77.6	EN PROCESO
ENFERMERA	438	497	346	1281	73.0	EN PROCESO
OBSTETRA	261	264	131	656	80.0	EN PROCESO
ODONTOLOGO	71	93	64	228	71.9	EN PROCESO
NUTRICIONISTA	48	52	35	135	74.1	EN PROCESO
QCO FARMACEUTICO	31	34	27	92	70.7	EN PROCESO
BIOLOGO	48	46	47	141	66.7	EN PROCESO
PSICOLOGO(A)	73	74	80	227	64.8	EN PROCESO
TRABAJADOR SOCIAL	14	12	15	41	63.4	EN PROCESO
TEC. ENFERMERIA	457	489	274	1220	77.6	EN PROCESO
ADMINISTRATIVOS	346	357	198	901	78.0	EN PROCESO
RSCCE	2100	2215	1393	5708	75.6	EN PROCESO

Fuente: Base de datos - OGC 2024.

Se evidencia el porcentaje de Adherencia a la Higiene de manos, por grupo ocupacional, observándose para el IV Trimestre del año 2024, un descenso en la Adherencia del área de saneamiento ambiental y administrativos, se tomará acciones para la subsanación de los porcentajes alcanzados. Asimismo, el resto de los grupos ocupacionales muestran incremento en el porcentaje de adherencia, siendo el personal de del servicio de farmacia y área de PAUS quienes consiguen el mayor % de adherencia.

Grafico N° 16
Evolución, % de Cumplimiento de la Técnica con Agua y Jabón
IV trimestre, 2022 – 2024

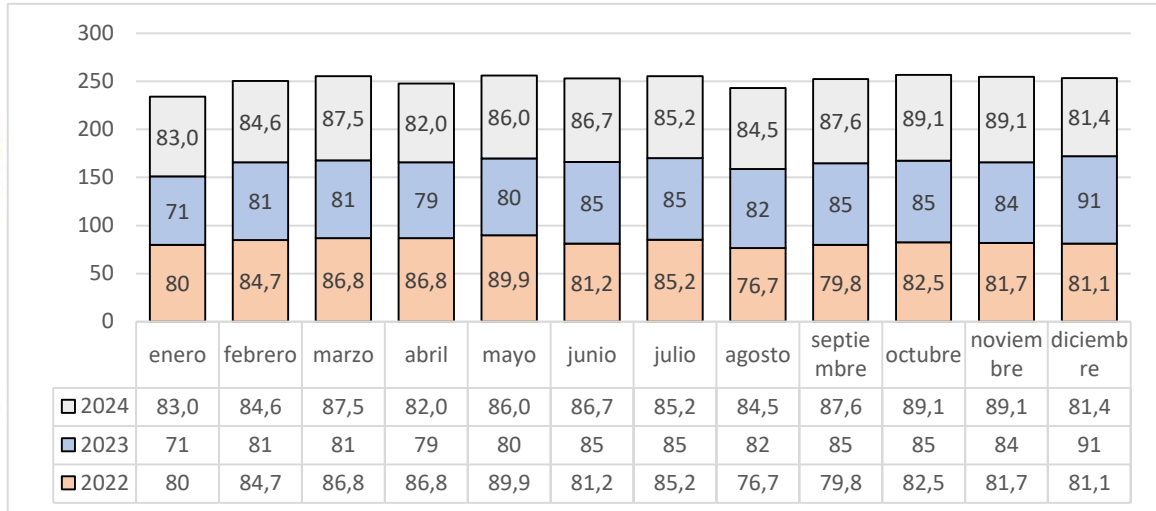


Fuente: Base de datos SP-RSCCE 2024

El presente gráfico muestra la evolución en porcentajes del cumplimiento de la técnica de higiene de manos desde enero a diciembre de los años 2022 -2024. Observándose a nivel red un ligero incremento al mes de julio del 89% de cumplimiento de la técnica de Higiene con agua y jabón, entendiendo que la OMS

para evitar la propagación o contagio de patologías diversas, recomienda lavarse las manos frecuentemente con un desinfectante de manos a base de alcohol o con agua y jabón, en general en los meses de enero a diciembre en el presente año se evidencia que existe un ligero descenso en el mes de diciembre en relación al año 2023

Grafico Nro 17
Evolución, % de Cumplimiento de la Técnica con Alcohol Gel
RSCCE – 2022 - 2024

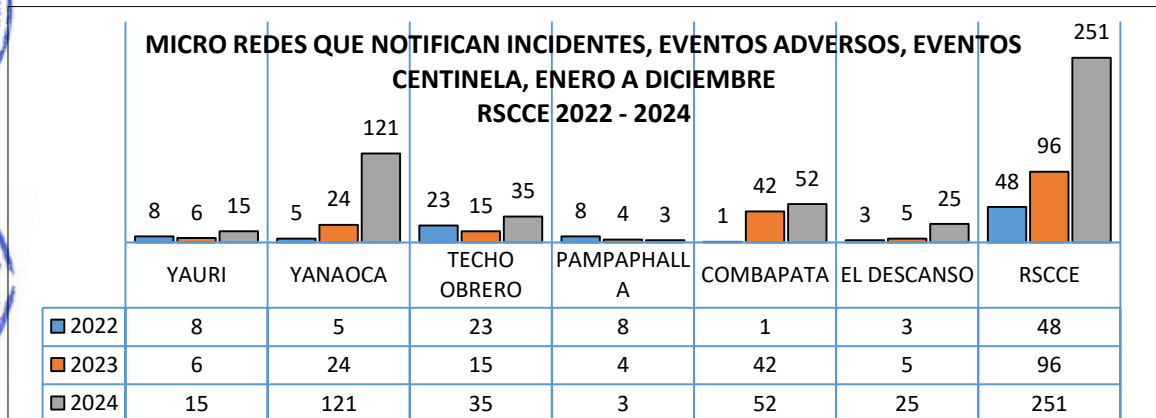


Fuente: Base de datos SP-RSCCE 2024.

El presente gráfico muestra la evolución en porcentajes del cumplimiento de la técnica de higiene de manos desde enero a diciembre del año 2024. Observándose a nivel RSCCE un descenso encontrándonos en el 81.4 % de cumplimiento de la técnica de Higiene con alcohol gel, en relación a los tres años se evidencia que el presente año se tuvo ligero incremento en el año 2024, sin embargo no se llega al nivel deseado de adecuado, motivo por el cual para el presente año se reforzara la capacitación y/o socialización sobre la correcta medición del cumplimiento de la higiene de manos bajo responsabilidad y compromiso, motivo por el cual a la fecha se viene midiendo dicho cumplimiento de manera rigurosa y responsable en las IPRESS de nuestra jurisdicción.

2.4.2.3.2 EVENTOS ADVERSOS

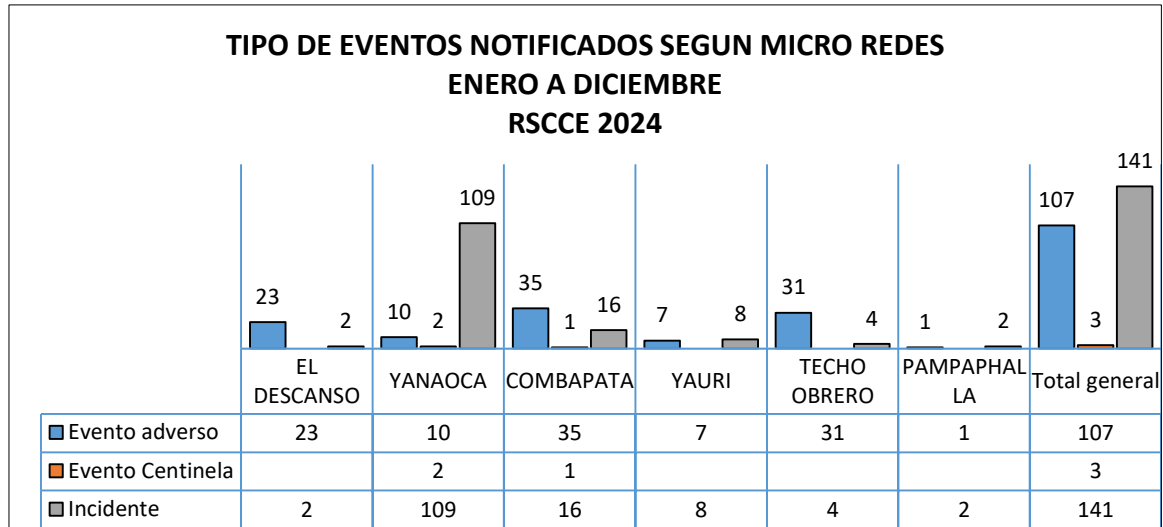
Gráfico N° 18



Fuente: Base de datos SP- OGCS 2022 - 2024

En el presente cuadro podemos indicar que el año 2022 en total en el 2022 se notificó solo 48 eventos, al 2023, 96 eventos y al presente año se notificaron en total 251 eventos (eventos adversos, centinelas e incidentes) se observa que el 100% de los establecimientos de la microrred Combapata notifican eventos adversos, esta actividad se encuentra en proceso de difusión sobre su manejo adecuado, por ello se evidencia que paulatinamente el resto de microrredes ira incrementando su registro, el cual nos permitirá tomar acciones respecto a la gestión de riesgos en la atención.

Gráfico N° 19

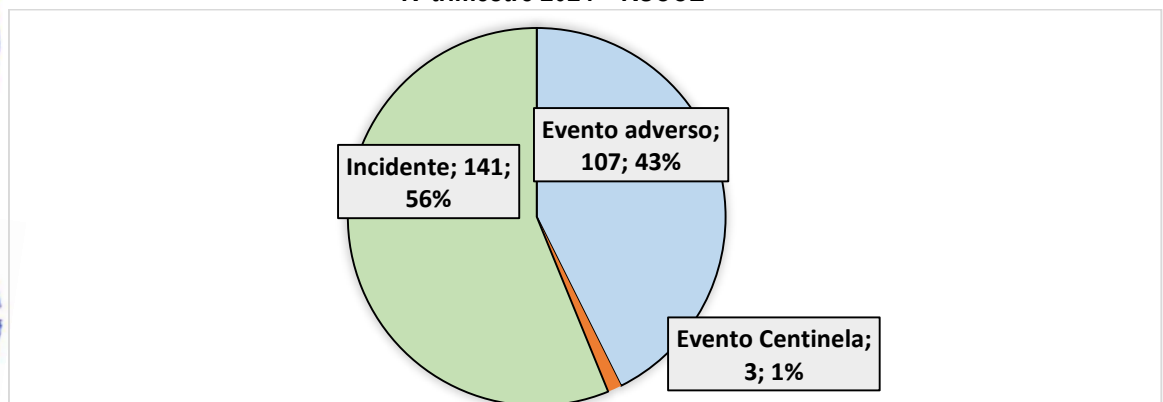


Fuente: Base de datos SP- OGCS 2024

Se aprecia que según, se viene notificando en el año 2024 se viene notificando un total de 251 eventos registrados, cabe mencionar que la microrred que más registros tiene es Yanaoca, seguido de Combapata y el descanso, los que menos registraron son yauri y Pampaphalla, el presente análisis nos permite tomar acciones sobre todo en yauri, techo obrero y Pampaphalla.

Gráfico N° 20

TIPOS DE EVENTOS ADVERSOS NOTIFICADOS IV trimestre 2024 – RSCCE



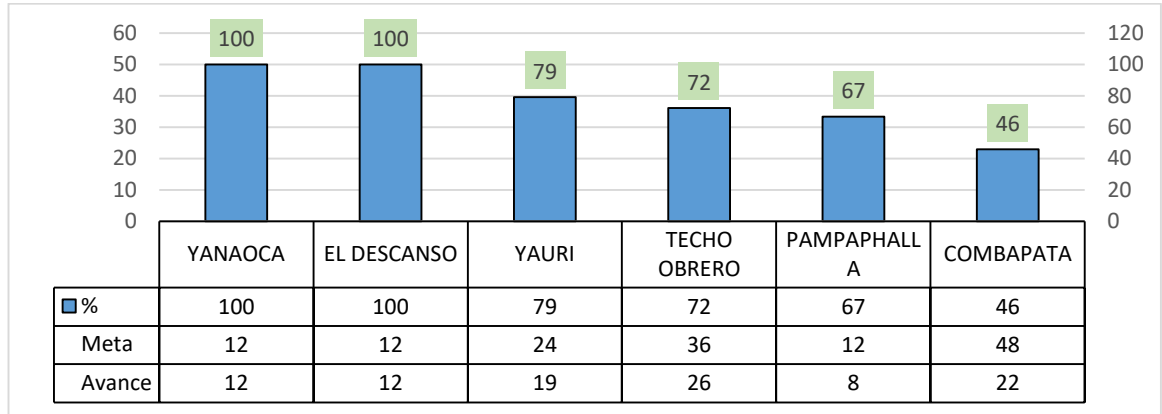
Fuente: Base de datos RSCCE- DGC 2024

Como se puede apreciar en el presente grafico se observa que el 56% son incidentes (141), el 43% son eventos adversos (107) y eventos centinela 1% (3).

2.4.2.3.3 RONDAS DE SEGURIDAD

Grafico N° 21

Aplicación de Rondas de Seguridad del Paciente por enero a diciembre UPSS-.2024 – RSSCCE.

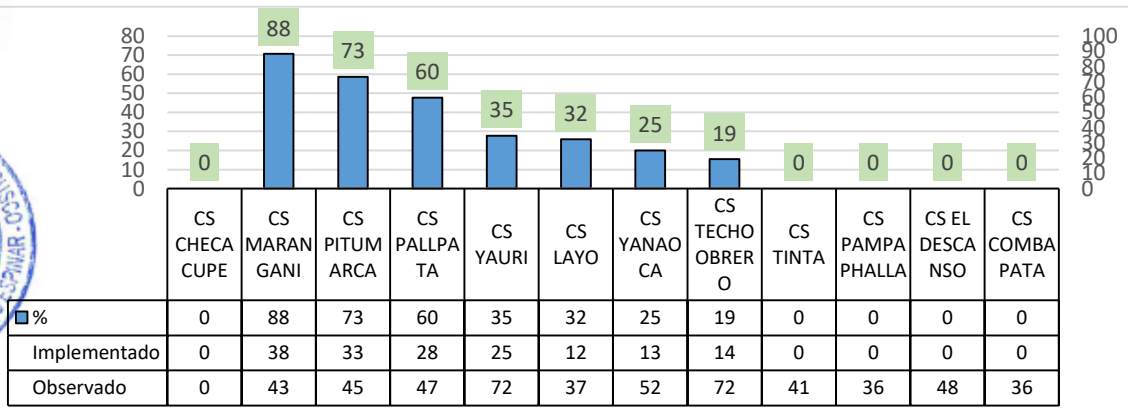


Fuente: Base de datos SP- DGC 2024

El grafico muestra el cumplimiento de la programación mensual de aplicación de rondas de seguridad según microrredes, observando que la microrred que cumple con lo programado son Yanaoca y el descanso, y con avances por debajo del 50% se encuentra Combapata (46%), se tomara acciones para fortalecer al personal para la correspondiente aplicación del instrumento de rondas de seguridad.

Grafico N° 22

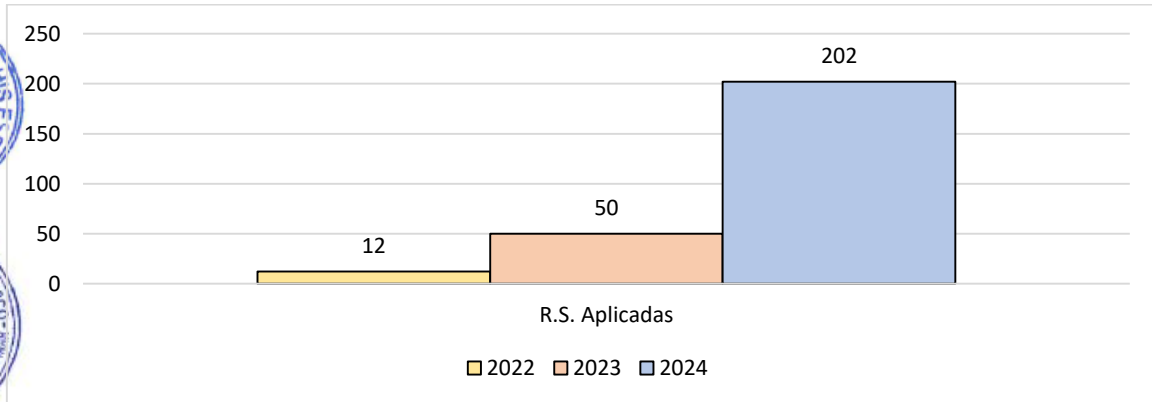
Porcentaje de Verificadores Observados e Implementados Enero-diciembre 2024 UPSS-.2024 – RSSCCE.



Fuente: Base de datos SP- DGC 2024

El Grafico muestra el cumplimiento de implementación de buenas prácticas en establecimientos de Salud de la RSCCE., no llegan a implementar las observaciones de las buenas prácticas de las rondas de seguridad aplicadas, por tal motivo en reunión de evaluación se tomarán acciones que nos permitan mejorar la implementación de buenas prácticas observadas

Gráfico N° 23
Número de Rondas de Seguridad Aplicadas RSCCE, 2022 - 2024



Fuente: Base de datos SP- DGC 2022, 2023, 2024

Se evidencia que la aplicación de rondas de seguridad aplicadas en egún los años 2022 al 2024, se vienen aplicando progresivamente, en tal sentido se reforzara su aplicación en las diferentes ipress de categoría del I-3 AL I-4,

2.4.2.4 PROCESOS DE MEJORA CONTINUA:

Los procesos de mejoramiento continuo requieren una metodología de trabajo que permita partir de los resultados obtenidos establecer una línea de continuidad en el desarrollo de acciones, programas y proyectos de mejora continua a fin de cerrar las brechas existentes, desarrollar niveles de mayor competitividad y encaminarse a constituir una organización de excelencia. Para ello se cuenta con herramientas, estrategias y resultado de las diferentes mediciones del cumplimiento de estándares y normas.

– Proyectos en Etapa de Estudio:

La Red de Salud Canas Canchis Espinar. viene implementado diversas acciones de mejora en los diferentes IPRESS la debilidad es que no se logra sistematizar estas acciones de mejora por múltiples funciones desarrolladas por el cual no se plasman estas acciones en mejoras.

a través de los años anteriores se logró implementar proyectos la finalidad para este año es utilizar los resultados de los instrumentos utilizados en los cuatros componentes del sistema gestión de calidad en salud las cuales convertidos en acciones y/o proyectos mejora. Para luego ser insertar algunos proyectos en las municipalidades presentados por los equipos de gestión de cada micro red, para poder lograr presupuesto

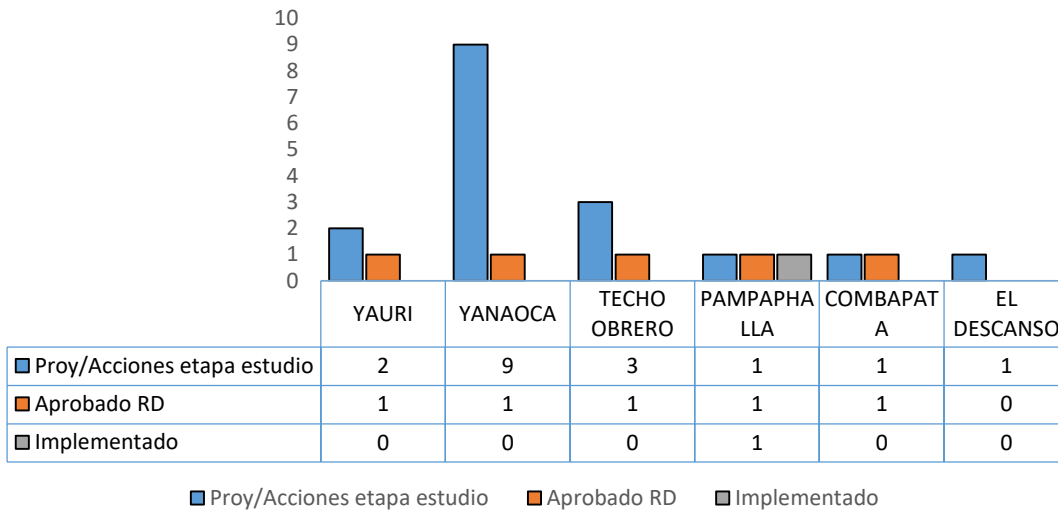
Proyecto en la Fase de Implementación

Durante los procesos de atención en los establecimientos de salud I-4, se implementan acciones de mejora lo que es evidenciado en el seguimiento y monitoreo de la Unidad de gestión de la calidad. Si implementan cambios favorables propuestos para la Organización teniendo como resultado disminuir el índice de insatisfacción del usuario externo, Disminución de Tiempos de Espera, Clima laboral saludable, aprobados por la Dirección Regional de Salud.

Gráfico N° 24



N° de Proyectos o Acciones de Mejora Implementados RSCCE - 2024



Fuente: Base de datos SP- DGC 2022, 2023, 2024

Se evidencia que la información respecto la mejora continua, no esta a la fecha con información de proyectos o acciones de mejora implementados y culminados, se tiene la necesidad de fortalecer al personal de salud para poder realizar el levantamiento de observaciones de los diferentes procesos de atención a través de proyectos o acciones de mejora que cuenten con la estructura según normativa. En tal sentido se tomará acciones que nos permitan mejorar este indicador en coordinación con GERESA.

3. PROBLEMAS O NUDOS CRITICOS

3.1 Componente de Gestión:

- ✓ Débil conocimiento de herramientas de la calidad por los responsables gestión de la calidad de las IPRESS.
- ✓ IPRESS con escasa asignación de horas administrativas, para el cumplimiento de actividades programadas en gestión de la calidad
- ✓ Escaso seguimiento y monitoreo al cumplimiento de implementación de las recomendaciones emitidas en los procesos de atención durante las actividades de monitoreo, supervisión, evaluación, capacitaciones.

3.2 Componente de Organización

- ✓ Insuficiente número de personal asignado a la Oficina
- ✓ La organización de los servicios de salud de los establecimientos de salud no está acorde al modelo de atención integral de salud (persona, familia y comunidad)

3.3 Componente de Financiamiento:

- ✓ Gestión de la Calidad no cuenta con asignación presupuestal (no existe cadena funcional)..

3.4 Componente de Prestación:

- ✓ Escaso seguimiento y monitoreo al cumplimiento de implementación de las recomendaciones de las auditorías realizadas.
- ✓ Escasa cultura de realización de mejora continua, para la gestión sanitaria en los diferentes niveles de gestión y organización.

- ✓ Moderada implementación de seguridad del paciente en los establecimientos de salud.
- ✓ El resultado general de Autoevaluación para acreditación de establecimientos de salud se encuentra en el 61.2%
- ✓ El 30.22% de los usuarios externos de los establecimientos de salud se encuentran insatisfechos.

4. OBJETIVOS

4.1 Objetivo General

Promover la cultura de mejora continua de la calidad de los servicios asistenciales y administrativos de la Unidad Ejecutora 401 Salud Canas Canchis Espinar. Con la finalidad de garantizar que se cumplan los estándares mínimos de calidad y seguridad del paciente, orientados a obtener resultados para mejorar la calidad de atención en los servicios de salud.





4.2 Objetivos Específicos

1. Formular los Planes de largo, Mediano y Corto Plazo, para la implementación del sistema de Gestión de la Calidad en el las 06 Micro Redes.
2. Fortalecer Mejorar los procesos de monitoreo y evaluación de los indicadores de Calidad y seguridad, así como la aplicación de los instrumentos de la Gestión de Calidad en salud y mejora continua de atención en los establecimientos de salud según categoría
3. Promover la eficiencia y efectividad de los procesos organizacionales por medio de acciones de mejora continua enfocadas en la reducción de costos de la no calidad e incrementar la satisfacción de los usuarios internos y externos.
4. Fortalecer la Garantía de Calidad promoviendo la aplicación de los estándares de calidad en los establecidos en el marco de la Acreditación de establecimientos de Salud.
5. Fortalecer la Gestión del Riesgo en Salud promoviendo una cultura de calidad y seguridad a través de la estandarización y adherencia a prácticas Seguras de Atención.
6. Implementar las herramientas, instrumentos y tecnologías en la Auditoria de la Calidad de Atención, Seguridad del Paciente, Acreditación de los Servicios de Salud, adherencia a las Guías Prácticas Clínicas en el ámbito UE.401SCCE.
7. Desarrollar e Implementar las herramientas, instrumentos y tecnologías en el mejoramiento continuo, a través de la identificación de oportunidades de mejora, alternativas de solución, implementación, evaluación e institucionalización de los programas, planes y acciones en la gestión y provisión de Servicios de Salud en el ámbito de la UE.401SCCE.
8. Lograr que los servicios de salud sean lugares seguros para la atención de los pacientes, disminuyendo el riesgo en las prestaciones brindadas y previniendo la ocurrencia de eventos adversos.

9.



5. ESTRATEGIAS



- 
- 
- 
- 
1. Coordinar y generar compromisos por la calidad para la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en los diferentes niveles (UE.401SCCE/ Micro redes).
 2. Persistir en el involucramiento al personal de salud en la implementación de la cultura de calidad, a través de la identificación y uso de procesos, herramientas y técnicas necesarias para la mejora continua de la calidad y siempre priorizando al usuario.
 3. Incorporar a los usuarios en el proceso de mejora continua de la calidad de los servicios de salud y en la vigilancia de la calidad de los servicios de salud, a través de las encuestas de satisfacción y plataformas de atención al usuario.
 4. Generar información sobre la evaluación de los procesos de gestión de la calidad *en los servicios de salud* para el mejoramiento continuo para garantizar la calidad de atención en los Establecimientos de Salud
 5. Continuar aplicando el proceso de Acreditación de Establecimientos de Salud instrumento que nos permita evaluar, incentivar y reconocer el logro de los estándares de calidad.
 6. Desarrollo de Políticas públicas, abogacía y alianzas con los actores Públicos, privados y la sociedad civil, para promover e implementar la Cultura de mejoramiento continuo, en la gestión sanitaria y la provisión de los Servicios de salud de las auditorías realizadas.
 7. Fortalecer un mecanismo de registro y seguimiento de eventos adversos, rondas de seguridad, técnica de higiene de manos en todos los servicios de los establecimientos de salud.
 8. Fortalecer competencias técnicas en el análisis de los eventos adversos, rondas de seguridad, higiene de manos y propuestas de mejoras correctivas en los EESS.

6. INDICADORES DE PRODUCTO Y RESULTADO

7. ANEXOS

- 
- 7.1 Matriz N° 01
 - 7.2 TDR

8. BIBLIOGRAFIA

- 
- 
1. Directiva Administrativa N°. 123 MINS/DGSP V.01 Directiva Administrativa para el Proceso de Auditoria de Caso de la Calidad de Atención en Salud. Resolución Ministerial N°. 889-2007/MINSA. Dirección General de Salud de las Personas. Dirección Ejecutiva de Calidad en Salud- Lima: *Ministerio de Salud*, 2007. 34.
 2. Documento Técnico de Lineamientos para la Vigilancia, Prevención y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud. Resolución Ministerial N° 168-2015/MINSA. Dirección General de Salud de las Personas. Dirección Ejecutiva de Calidad en Salud- Lima: *Ministerio de Salud*, marzo de 2015. 25.
 3. Directiva Administrativa N°. 151-MINSA/DGSP-V01 Directiva Administrativa que Regula la Organización y Funcionamiento de las Comisiones Sectoriales de Acreditación de Servicios de Salud. Resolución Ministerial N°. 370-2009/MINSA.

Dirección General de Salud de las Personas. Dirección Ejecutiva de Calidad en Salud- Lima: Ministerio de Salud, 2009. 20.

4. Guía técnica para la elaboración de Proyectos de Mejora y la Aplicación de Técnicas y Herramientas para la gestión de la Calidad. Dirección General de Salud de las Personas. Resolución Ministerial N°. 095-2012/MINSA. Dirección Ejecutiva de Calidad en Salud- Lima: *Ministerio de Salud*, 2013. 64.
5. Dirección de Calidad en Salud. Proyectos de Mejora de la calidad reconocidos en los Encuentros Nacionales de Experiencias en Mejoramiento Continuo de la calidad en Salud. Dirección General de Salud de las Personas. Dirección Ejecutiva de Calidad en Salud- Lima: *Ministerio de Salud*, 2015. 262. Superintendencia Nacional de Salud. Boletín Estadístico 2014 Tercer Trimestre. Lima: Rapimagen S.A

ANEXOS





Gerencia Regional de Salud Cusco

U.E. 401 Salud Canas Canchis Espinar

Dirección Atención Integral de Salud



"Año de la Recuperación y Consolidación de la Economía Peruana"



ANEXO 01: PLAN DE ACCION

PLAN DE ACCION CEPLAN 2025





Gerencia Regional de Salud Cusco

U.E. 401 Salud Canas Canchis Espinar

Dirección Atención Integral de Salud



"Año de la Recuperación y Consolidación de la Economía Peruana"

PLAN OPERATIVO INSTITUCIONAL 2025 - DIRECCION REGIONAL DE SALUD CUSCO

MATRIZ 01 - FORMULACION DE ACCIONES ESTRATEGICAS - ACTIVIDADES OPERATIVAS 2025

OBJETIVO ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL			OEI.13.00 FORTALECER LA GESTION INSTITUCIONAL CON INTEGRIDAD Y TRANSPARENCIA																	
ACCIÓN ESTRATÉGICA INSTITUCIONAL			AEI. 13.01 SISTEMA DE GESTION INSTITUCIONAL CON ENFOQUE DE GESTION PARTICIPATIVA EN EL GOBIERNO REGIONAL DEL CUSCO																	
UNIDAD RESPONSABLE			UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD Y CALIDAD																	
CENTO DE COSTO			UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD Y CALIDAD																	
CATEG. PRESUPUESTAL			9001 ACCIONES CENTRALES																	
PROGRAMA			9001 ACCIONES CENTRALES																	
COD.PROD	PRODUCTO	COD. ACTIVIDA D	ACTIVIDA D	COD. SUB PRODUCTO	SUB PRODUCTO	UNIDAD DE MEDIDA	META FISICA ANUAL	CRONOGRAMA MENSUAL DE ACTIVIDAD Y SUB PRODUCTOS												
								ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	
9001	3999999	5000006	CCIONES DE CONTROL Y AUDITORIA				15	0	2	2	0	1	3	1	1	1	1	1	1	2
9001	3999999	5000006		AOI0011290059	CONTROL DE LA GESTION DE MONITOREO (ACT. DE PLAN - SGCS)	INFORME	4			1			1			1				1
9001	3999999	5000006		AOI0011290060	CONTROL DE LA GESTION DE SUPERVISION	INFORME	1					1								
9001	3999999	5000006		AOI0011290060	CONTROL DE LA GESTION - EVALUACION	INFORME	2						1							1
9001	3999999	5000006		AOI0011290060	GESTION DE HISTORIA CLINICA	INFORME	2		1					1						
9001	3999999	5000006		AOI0011290077	GESTION DE LA ACREDITACION DE EE.SS y SMA	INFORME	1											1		
9001	3999999	5000006		AOI0011290077	GESTION DE DESARROLLO DE PERSONAL - SGCS	INFORME	4			1			1		1					1
9001	3999999	5000006		AOI0011290077	GESTION DE LA PLANIFICACION SGCAS	INFORME	1		1											





Gerencia Regional de Salud Cusco

U.E. 401 Salud Canas Canchis Espinar

Dirección Atención Integral de Salud



"Año de la Recuperación y Consolidación de la Economía Peruana"

OBJETIVO ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL	OEI.13.00 FORTALECER LA GESTION INSTITUCIONAL CON INTEGRIDAD Y TRANSPARENCIA
ACCIÓN ESTRATÉGICA INSTITUCIONAL	AEI. 13.01 SISTEMA DE GESTION INSTITUCIONAL CON ENFOQUE DE GESTION PARTICIPATIVA EN EL GOBIERNO REGIONAL DEL CUSCO
UNIDAD RESPONSABLE	UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD Y CALIDAD
CENTO DE COSTO	UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD Y CALIDAD
CATEG. PRESUPUESTAL	9002 ASIGNACIONES PRESUPUESTARIAS QUE NO RESULTAN EN PRODUCTOS
PROGRAMA	9002 ASIGNACIONES PRESUPUESTARIAS QUE NO RESULTAN EN PRODUCTOS

COD.PROD	PRODUCTO	COD. ACTIVIDAD	ACTIVIDAD	COD. SUB PRODUCTO	SUB PRODUCTO	UNIDAD DE MEDIDA	META FISICA ANUAL	CRONOGRAMA MENSUAL DE ACTIVIDAD Y SUB PRODUCTOS											
								ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
9002	3999999	5001195	SERVICIOS GENERALES				10	0	0	2	0	0	3	0	0	2	0	0	3
9002	3999999	5001195	SERVICIOS GENERALES	AOI00112900603	GESTION DE LA INFORMACION PARA LA CALIDAD (ENCUESTAS-USUARIO INTERNO, EXTERNO Y LIBRO DE RECLAMOS)	ACCION	4			1			1			1			1
9002	3999999	5001195	SERVICIOS GENERALES	AOI00112900604	GESTION DE RIESGOS - SEGURIDAD DEL PACIENTE (HIGIENE DE MANOS, RONDAS DE SEGURIDAD Y EVENTOS ADVERSOS)	ACCION	4			1			1			1			1
9002	3999999	5001195	SERVICIOS GENERALES	AOI00112900777	GESTION DE LA MEJORA CONTINUA (PROYECTOS Y ACCIONES DE MOJORA)	ACCION	2						1						1





Gerencia Regional de Salud Cusco

U.E. 401 Salud Canas Canchis Espinar

Dirección Atención Integral de Salud



"Año de la Recuperación y Consolidación de la Economía Peruana"



PLAN DE ACCION KOBOTOOLBOX DASHBOARD



Gerencia Regional de Salud Cusco

U.E. 401 Salud Canas Canchis Espinar

Dirección Atención Integral de Salud

"Año de la Recuperación y Consolidación de la Economía Peruana"



CODIGO TAREA	APLICA	NOMBRE TAREA	UNIDAD TAREA	META FISICA	CRONOGRAMA 2024												2026	FUENTES DE FINANCIAMIENTO												2026			
					E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D		E	RO	monto	E	F	M	A	M	J	J	A	S		O	N	D
35	E.E.S.S. I-4 y I-3 del I	Conformación del Equipo de Rondas de Seguridad del paciente	Resolución	1	20-01-25													10	10	10													
36		Aplicación de Rondas de Seguridad del Paciente	INFORME	2						15-07-25								1,000	1,000									500					500
37		Retroalimentación de los resultados de Rondas de Seguridad del Paciente	INFORME	2						15-07-25								160	160									80					80
38		Análisis de Resultados de Rondas de Seguridad del Paciente	INFORME	2						15-07-25								100	100									50					50
46	Red (MR: 100% E.E.S.S.)	Conformación del Equipo de Acreditación y Autoevaluación	Resolución	1	30-03-25												500	500		500													
47		Plan de Autoevaluación	PLAN	1					30-05-25								700	700					700										
48		Informe del Inicio de autoevaluación	INFORME	1						30-06-25							30	30										30					
49		Valoración de los Criterios de los estándares Reporte	INFORME	2							01-07-25		01-08-25				14,000	14,000										14000					
50		Envío del informe final de Autoevaluación	INFORME	1												30-11-25	250	250													250		
51	Hospital (nivel II-E, II)	TDR Plan de Satisfacción del Usuario interno y externo	INFORME	1				28-03-25									150	150		150													
52	RED, MR, E.E.S.S.	Ejecución de la Evaluación de la Satisfacción del Usuario Externo	INFORME	1					01-05-25								2,200	2,200										2200					
53		Ejecución de la Evaluación de la Satisfacción del Usuario Interno	INFORME	1									01-08-25				40	40										40					
54		Envío Base Datos - Evaluación de Satisfacción de Usuario externo	REPORTE	1							30-06-25						28	28										28					
54		Envío Base Datos - Evaluación de Satisfacción de Usuario interno	REPORTE	1										01-09-25			10	10											10				
55		Análisis de Resultados de Evaluación de Satisfacción de Usuario interno y externo	INFORME	1											30-09-25		50	50											50				
56	RED, MR, E.E.S.S.	Conformación de Comité de Reclamos y Denuncias en Salud	Resolución	1	30-01-25												50	50	50														
57		Análisis de Resultados de Reclamos y Sugerencias en Salud	INFORME	4					05-04-25					05-07-25		04-10-25	29-12-25	40	40					10			10			10		10	
62	RED, MR, E.E.S.S.	Conformación de Comité de Auditoría de la Calidad de Atención de Salud	Resolución	1				22-02-25									50	50	50														
63		Plan de Auditoría de la Calidad	Resolución	1					30-03-25								200	200		200													
65		Auditoría Médica Programada, de la Calidad de Atención, Interno.	INFORME	4					10-04-25					10-07-25		10-10-25	10-01-26	600	600			150				150			150		150		
66		Auditoría en Salud Programada, de la calidad de atención, Interno.	INFORME	4					10-04-25					10-07-25		10-10-25	10-01-26	200	200			50				50			50		50		
67		Auditoría de Caso, de la calidad de atención, Interno.	INFORME	4					10-04-25					10-07-25		10-10-25	10-01-26	120	120			30				30			30		30		





Gerencia Regional de Salud Cusco

U.E. 401 Salud Canas Canchis Espinar

Dirección Atención Integral de Salud

"Año de la Recuperación y Consolidación de la Economía Peruana"



CODIGO TAREA	APLICA	NOMBRE TAREA	UNIDAD TAREA	META FISICA	CRONOGRAMA 2024												2025		FUENTES DE FINANCIAMIENTO												2026									
					E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	RO	monto	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E								
68	RED, MR, EE.SS	Desarrollo de Auditoria de gestión Clínica-Evaluación de la Calidad de Registro de HCL-Atención Ambulatoria	INFORME	4				10-04-25					10-07-25					10-10-25					10-01-26	120	120				30				30				30			30
69	GERESA, Red, Hospital, Microrred, EE.SS (100%)	TDR Plan de Monitoreo del SGCS	INFORME	1			27-02-25																	100	100	100														
70		Ejecución del Monitoreo virtual del SGCS Plan de Trabajo.	INFORME	4				07-04-25					08-07-25					07-10-25					07-01-25	40	40				10				10			10				
71		Monitoreo de la implementación en Servicio del Plan de SGCS/ Ejecución del Monitoreo presencial del SGCS- PLAN DE TRABAJO	INFORME	2									31-07-25										15-12-25	160	160								80				80			
72	GERESA, Red, Hospital, Microrred y EE.SS	Ejecución del Monitoreo de los Convenio-Gestión	INFORME	4				07-04-25					08-07-25				07-10-25					07-01-25	40	40				10				10			10					
74	GERESA, Red, Hospital, Microrred y EE.SS	Ejecución del Monitoreo de Cumplimiento de las Recomendaciones de SUSALUD	INFORME	4				07-04-25					08-07-25				07-10-25					07-01-25	40	40				10				10			10					
75	GERESA, Red,	TDR: Plan de Evaluación del SGCS	INFORME	1			28-02-25																10	10	10															
76	Microrred y EE.SS	Ejecución de la Evaluación del SGCS	INFORME	2				10-03-25						15-08-25									1,480	1,480		740								740						
78	GERESA, Red,	Conformación del Equipo de Supervisión Integral	INFORME	1				15-03-25															50	50	50															
79	Hospital, Microrred y EE.SS	TDR Plan de Supervisión Integral	INFORME	1				31-03-25															10	10	10															
80		Ejecución de Supervisión Integral	INFORME	1					01-04-25														8,430	8,430			8,430													
81	GERESA, Hospital y Red	CONFORMACIÓN DE LOS COMITES- GHCL	RESOLUCION	1				01-03-25															80	80		80														
82	GERESA, RED y Hospital	TDR: PLAN DE GESTIÓN DE LA HCL	TDR	1				30-03-25															80	80		80														
83	GERESA, RED y Hospital	REUNIONES ORDINARIAS DE LOS COMITES	INFORME	4				15-04-25					15-07-25				15-10-25					15-01-25	400	400			100				100				100					
84	GERESA (RED y Hospital, de acuerdo a la norma técnica)	APROBACIÓN DE LOS FORMATOS BÁSICOS Y ESPECIALES	INFORME	4				15-04-25					15-07-25				15-10-25					15-01-25	400	400			100				100				100					





Gerencia Regional de Salud Cusco

U.E. 401 Salud Canas Canchis Espinar

Dirección Atención Integral de Salud



"Año del "Año de la Recuperación y Consolidación de la Economía Peruana"

ANEXO 02: TERMINOS DE REFERENCIAS

TERMINO DE REFERENCIA

a. EVALUACIÓN DE ACTIVIDADES DE LA UNIDAD DE GESTION DE LA CALIDAD EN SALUD 2025

POBLACION OBJETIVO : Director de RSSCCE, Equipo de Gestión de la Calidad en Salud de la RSCCE, Responsables de Gestión de la Calidad en Salud de las IPRESS

PRODUCTO : Evaluación Grado de cumplimiento de los objetivos planteados, Identificación de nudos críticos; Compromisos para superar los nudos críticos identificados.

ACTIVIDAD : Planificación del evento, Desarrollo de las Actividades de evaluación de la RSCCE, inicio de la planificación para el siguiente año fiscal.

CODIGO : Responde al POI, Plan de Trabajo de la Oficina de Gestión de la Calidad; Matriz 01:
Programa: 9001 Acciones Centrales, Producto: 3999999 Sin producto, Actividad: 50000006 Actividad acción de control y Auditoria, Código subproducto AOI00112900601 Sub producto Control de la Gestión – evaluación (evaluación de los resultados de la Implementación del SGCS)

INSTANCIA RESPONSABLE : Coordinación de la Oficina de Gestión de la Calidad en Salud.

FTE FTO : Recursos Ordinarios Programa Presupuestal.

CALENDARIO : Calendario febrero y agosto - 2025

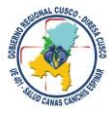
FUNDAMENTACION:

Antecedentes

El proceso de control institucional y específicamente la evaluación del cumplimiento de los objetivos planificados de GERESA-DESSCS-DGCS, son de carácter obligatorio, la misma que está establecida en el Plan de Trabajo de la Unidad de Gestión de la Calidad en Salud.

El objetivo de la Política Nacional de Calidad es contribuir a la mejora de la competitividad de la producción y comercialización de bienes y/o servicios, para la mejora de la calidad y seguridad en la atención de la salud. Que las personas tengan una mejor calidad de vida y al desarrollo sostenible, a través de la orientación y articulación de acciones vinculadas al desarrollo, promoción mayor énfasis a la mejora de la calidad de los servicios.

La primera fase, dirigida a mejorar la calidad de la prestación en los servicios de salud que brindan las instituciones prestadoras de servicios de salud, se realiza a través de la aprobación en el año 2001, la R.M. 768-2001 SA/DM. Documento Técnico Sistema de Gestión de la Calidad en Salud del Ministerio de Salud, donde señala cuatro ejes de intervención con actividades definidas: Planificación para la calidad, garantía y mejora



de la calidad, organización para la calidad e información para la calidad y las Políticas de Calidad de Atención en Salud.

A través de la Dirección de Calidad en Salud de la en el año 2010, la Dirección General de Salud de las Personas del Ministerio de Salud propuso un mapa de procesos estratégicos operativos y de apoyo del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, sin embargo, no existe un documento normativo que indique específicamente como debe ser el desarrollo de los Procesos y Procedimientos de una oficina de Gestión de la Calidad.

El proceso de evaluación está proyectada en desarrollar de manera semestral y anual, se iniciará con la evaluación anual del año fiscal 2021, que nos permitirá reajustar las estrategias establecidas en los planes tácticos y a su vez nos permitirá iniciar el proceso de planificación para el siguiente año fiscal; se continuará con la evaluación anual del año fiscal 2022, que permitirá realizar los ajustes de las intervenciones o continuar con las estrategias establecidas, de igual forma nos permitirá complementar el plan táctico del siguiente año fiscal y los ajustes de la formulación del presupuesto correspondiente, en lo que concierne a las funciones de los programas presupuestales.

En ámbito de Redes: La Red Canas Canchis Espinar logró un grado de desempeño de 85% que significa ADECUADO, es necesario hacer mención el trabajo que viene realizando la micro red de Combapata, el Descanso, Pampaphalla, Yanaoca y Techo Obrero contribuyendo al porcentaje obtenido como unidad ejecutora implementando los componentes del sistema de calidad, siendo yauri quien presenta menor desempeño en el cumplimiento de sus actividades.

En el periodo 2024, se desarrolló la evaluación durante el año en la sede de la Red de Salud canas Canchis Espinar integrado los indicadores del sistema de calidad en la evaluación de la DAIS. se cumple con lo programado.

La Unidad de Gestión y Calidad Sanitaria evalúa las acciones de gestión de la calidad por componentes; valorando el nivel de implementación de los criterios de programación logrando un 91.1% de cumplimiento que significa "APROBADO" (>=80% a más), en el marco del sistema de gestión de la calidad, política nacional de calidad en salud y Plan Operativo Regional

Justificación

Se cuenta con documentos normativos que miden el desempeño de la gestión, a través de la supervisión integral; elemento clave de control gerencial, se dispone el marco normativo del monitoreo de la gestión; que mide el desempeño de los establecimientos de salud del primer, segundo y tercer nivel de atención.

Siendo, la evaluación un procedimiento que permite obtener información y emitir juicios para tomar decisiones efectivas, requiriendo para ello mantener bajo control las diversas variables que afectan a la organización.

En este contexto, el control de la gestión por procesos contribuye a mejorar la eficiencia y productividad de los servicios de salud en las IPRESS del sector; ello implica eficiente organización, dirección y el control de las funciones, actividades, y tareas que la institución desarrolla para el logro de las metas y objetivos propuestos

El proceso de evaluación está proyectado en desarrollar de manera semestral y anual en forma descentralizada, se iniciará con la evaluación anual del año fiscal 2023, esto nos permitirá reajustar las estrategias establecidas y reformular el proceso de planificación y reajuste presupuestal para el año fiscal 2024.

Base Legal

1. Ley N° 26642 Ley General de Salud
2. Ley N° 27657 Ley del Ministerio de Salud

3. Ley N° 27867, Ley Orgánica de Gobiernos Regionales
4. RM N° 519-2006 Sistema de Gestión de la Calidad en Salud
5. RM N° 474-2005/MINSA, "Norma Técnica N° 029-MINSA DGSP V.01 Norma Técnica de Auditoría de Calidad de Atención en Salud"
6. R.M N° 672-2009/MINSA que aprueba la Directiva Administrativa N° 158 – MINSA/DGSP–V.01 "Directiva Administrativa de Supervisión Integral a Direcciones de Salud y Direcciones Regionales de Salud"
7. R.M. N° 876-2009/MINSA, "Guía Técnica para el Supervisor Nacional en Salud"

OBJETIVOS

Objetivo General

Evaluar cómo y en qué medida los procesos de gestión de la calidad avanzo en los logros de los productos modificados en los establecimientos de salud del primer nivel de atención en la RSSCCE.

Objetivos Específicos

- Evaluar cómo y en qué medida los procesos de gestión de la calidad avanzo en los logros de los productos modificados en los establecimientos de salud del primer nivel de atención en la RSSCCE.
- Evaluar procesos de evaluación del desempeño de los servicios de salud con estándares óptimos de alcanzar para la acreditación de establecimientos de salud a través de la mejora continua.
- Evaluar la conducción del sistema de gestión de la calidad, identificando las principales causas del nivel de insatisfacción del usuario externo e interno, planteando acciones de mejora continua que mejoren la prestación de servicios de salud.
- Evaluar la gestión sanitaria de las redes de servicios de salud a través de la supervisión integral realizada para mejorar el desempeño de los servicios y la prestación de salud.

METODO Y CONTENIDO:

Metodología:

Esencialmente la evaluación se basará en la comparación, entre los resultados alcanzados, teniendo como parámetro los resultados esperados.

La evaluación, nos facilitara obtener información para analizar el cumplimiento de las actividades programadas en cada una de las Líneas de Acción, se identificará, las posibles causas, que limitaron el cumplimiento, para llegar a conclusiones que permitan retroalimentar la gestión y tomar decisiones.

Organización:

Antes del Evento:

- Se elaborará los términos de referencia para la evaluación, que incluye el costeo.
- Se conformará el equipo evaluador.
- Se coordinará con los conductores de establecimientos que serán evaluados.



Gerencia Regional de Salud Cusco

U.E. 401 Salud Canas Canchis Espinar

Dirección Atención Integral de Salud



"Año del "Año de la Recuperación y Consolidación de la Economía Peruana"

Durante el Evento:

- Se recogerá la información de los productos obtenidos, en los establecimientos de salud.
- Se analizará e interpretará la información obtenida, después de la comparación con los estándares establecidos. En base a los resultados, se establecerán las estrategias, que permitirán mejores resultados a corto y mediano, plazo.

Después del Evento:

- Se procederá a la elaboración del Informe final de la evaluación y de dará a conocer a los decisores de la institución, para para su involucramiento en la toma de decisiones.

FECHA/ LUGAR:

Evaluación Anual: febrero y agosto 2025
 Modalidad descentralizada por Microrredes (presencial).
 LUGAR: Auditorium Del Centro Mental Comunitario Sicuani
 Auditorium del Centro de Salud Pampaphalla

PARTICIPANTES: 31 personal de salud

- Director U.E. 401 SCCE (01)
- RED (03)
- Microrredes (64)

PRESUPUESTO: s/.600.00 nuevos soles

FUENTE DE FINANCIAMIENTO: Recursos Ordinarios.

SERVICIOS	ESPECÍFICAS DE GASTO	Nº DE ACTIVIDADES	Nro Participantes	P. ACTIVIDAD	PRESUPUESTO
2.3.1.5.12	Papelería en general, Útiles y Materiales de Oficina	2		70.00	140.00
23 2 711 5	Servicios de Alimentación de Consumo Humano	2	67 (refrigerios)	670.00	1340.00
TOTAL					1,480.00



"Año del "Año de la Recuperación y Consolidación de la Economía Peruana"

INDICADORES DE EVALUACION - 2024

N°	NOMBRE DEL INDICADOR	DIMENSION	FORMULA	FACTOR DE MEDICION	2022		2023		2024		FUENTE DE VERIFICACION
					NUM /DEN	%	NUM /DEN	%	NUM /DEN	%	
1	Auditorias Programadas	Indicador de Proceso	N° de Auditorias de programadas realizadas N° total de Auditorias de programadas	100	0 / 0	0%	0 / 0	0%	0 / 0	0%	INFORME REALIZADO
2	Auditorias de Caso	Indicador de Proceso	N° de Auditorias Programadas realizadas N° total de Auditorias de Caso	100	0 / 0	0%	0 / 0	0%	0 / 0	0%	INFORME REALIZADO
3	Porcentaje de EE SS que implementan su Proyecto y/o acción de mejora en relación a las líneas de acción del sistema de la calidad en salud en relación de las prioridades sanitarias.	Indicador de Proceso	Proyectos y/o acciones de mejora con R.D. ó Memorandum e informe de implementación Nro. IPRESS	100	0 / 0	0%	0 / 0	0%	0 / 0	0%	INFORME REALIZADO
4	Porcentaje de Adherencia de Higiene de manos.	Indicador de Resultado	Nro. de Acciones Total Oportunidades	100	0 / 0	0%	0 / 0	0%	0 / 0	0%	INFORME REALIZADO
5	Porcentaje de Rondas de seguridad del paciente aplicadas	Indicador de Resultado	Nro. de Rondas de Seguridad Aplicadas N° de Rondas de Seguridad Programadas (IPRESS categoría I-3 y I-4)	100	0 / 0	0%	0 / 0	0%	0 / 0	0%	INFORME REALIZADO
6	Porcentaje de Cumplimiento de Buenas practicas de Rondas de seguridad aplicadas	Indicador de Proceso	Nro. de Verificadores conformes N° de Verificadores Evaluados (IPRESS categoría I-3 y I-4)	100	0 / 0	0%	0 / 0	0%	0 / 0	0%	INFORME REALIZADO
7	Porcentaje de Acciones de mejora implementadas de las Rondas de seguridad aplicadas	Indicador de Proceso	Nro. de Acciones de mejora implementadas (rondas de seguridad) N° de acciones propuestas (rondas de seguridad) (IPRESS categoría I-3 y I-4)	100	0 / 0	0%	0 / 0	0%	0 / 0	0%	INFORME REALIZADO
8	Porcentaje de Eventos, adversos, centinela e incidentes, notificados	Indicador de Resultado	Nro. eventos adversos Eventos, adversos, centinela e incidentes, notificados N° atendidos	100	0 / 0	0%	0 / 0	0%	0 / 0	0%	INFORME REALIZADO
9	Porcentaje de Eventos Centinela notificados	Indicador de Resultado	Nro. eventos Centinela notificados Nro. eventos adversos Eventos, adversos, centinela e incidentes, notificados	100	0 / 0	0%	0 / 0	0%	0 / 0	0%	INFORME REALIZADO
10	Porcentaje de IPRESS con Resultados de Autoevaluación mayor de 60%	Indicador de Proceso	N° de IPRESS con resultado Mayor de 60% en Autoevaluación N° Total de IPRESS	100	0 / 0	0%	0 / 0	0%	0 / 0	0%	INFORME REALIZADO
11	Porcentaje de nivel de satisfacción del usuario externo en consulta externa.	Indicador de Resultado	Satisfechos Total satisfechos + Insatisfechos	100	0 / 0	0%	0 / 0	0%	0 / 0	0%	INFORME REALIZADO
12	Porcentaje de nivel de satisfacción del usuario externo en hospitalización	Indicador de Resultado	Satisfechos Total satisfechos + Insatisfechos	100	0 / 0	0%	0 / 0	0%	0 / 0	0%	INFORME REALIZADO





Gerencia Regional de Salud Cusco

U.E. 401 Salud Canas Canchis Espinar

Dirección Atención Integral de Salud



"Año del "Año de la Recuperación y Consolidación de la Economía Peruana"



TERMINO DE REFERENCIA

b. MONITOREO A LOS ORGANOS DESCONCENTRADOS DE LA UNIDAD EJECUTORA 401 SALUD CANAS CANCHIS ESPINAR AÑO FISCAL 2025

POBLACION OBJETIVO : Responsables del Gestión de la Calidad de las 6 microrredes y las 52 IPRESS de la U.E. 401 SCCE.

PRODUCTO : Determinar el nivel de avance de los componentes de calidad, Informe del grado de cumplimiento de las Metas programadas en el Plan de Trabajo del Sistema de Gestión de la Calidad, procesos y resultados obtenidos a través de la recolección sistémica y oportuna de datos, su procesamiento, control de calidad, análisis y seguimiento de cumplimiento de las microrredes de Techo Obrero, Pampaphalla, Yanaoca, Combapata, Yauri y Descanso.

ACTIVIDAD : Análisis en Gabinete, reunión técnica de apertura del monitoreo con el equipo de gestión del órgano desconcentrado, aplicación de los instrumentos de monitoreo, socialización de los resultados. Monitoreo de los avances en el desarrollo de las actividades programadas en las líneas de acción: Auditoria, Autoevaluación, Seguridad del Paciente y Mejora Continua. Recojo de información sobre las dificultades y/o dudas que limita el avance de las actividades programadas de Gestión de la Calidad I.

CODIGO : Responde al POI, Plan de Trabajo de la Oficina de Gestión de la Calidad; Matriz 01:
Programa: 9001 Acciones Centrales, Producto: 3999999 Sin producto, Actividad: 50000006 Actividad acción de control y Auditoria, Código subproducto AOI00112900599 Sub producto Control de la Gestión – monitoreo: monitoreo virtual y en servicio del SGCS (monitoreo de la ejecución de actividades y los resultados de la Implementación del SGCS)

INSTANCIA RESPONSABLE : Coordinación de la Oficina de Gestión de la Calidad en Salud y equipo de Gestión de Calidad de la U.E. 401 SCCE

FTE FTO : Recursos Ordinarios Programa Presupuestales.

CALENDARIO : Calendario abril a diciembre - 2025

FUNDAMENTACIÓN:

Antecedentes:

En materia de monitoreo de la gestión sanitaria durante el año 2024 se desarrolló actividades en cumplimiento de las metas físicas programadas, en los órganos desconcentrados, ejecutándose visitas de monitoreo por órgano desconcentrado en las





Gerencia Regional de Salud Cusco

U.E. 401 Salud Canas Canchis Espinar

Dirección Atención Integral de Salud



"Año del "Año de la Recuperación y Consolidación de la Economía Peruana"

Microrredes de Yauri, Yanaoca, Combapata, El Descanso, Techo Obrero, y Pampaphalla, las cuales fueron presenciales y virtuales en las microrredes que se intervino se utilizó el instrumento de monitoreo del Sistema de Gestión de la Calidad.

En ámbito de la Red Canas Canchis Espinar logró un grado de desempeño de 85% que significa APROBADO, es necesario hacer mención el trabajo que viene realizando las micro redes contribuyendo al porcentaje obtenido como unidad ejecutora implementando los componentes del sistema de calidad

Resultados del Monitoreo de Implementación del SGCS – 2025

ACTIVIDADES	RSS-CCE	MICRO RED TECHO					
		YAURI	TECHO OBRERO	YANA OCA	PAMPA PHALLA	COMBA PATA	DESCAN SO
Elaboración del Plan de Gestión de la Calidad de la RED/MR	100	100	100	100	100	100	100
Monitoreo de Redes ha Micro redes del avance del Plan de Gestión de la Calidad por la Red.	30	20	20	50	30	30	30
Evaluación del avance del Plan de Gestión de la Calidad por RED/MR	100	100	100	100	100	100	100
Implementación de la Auditoría de la Calidad de Atención en el I nivel de Atención en salud	100	100	100	100	100	100	100
Implementación de proyectos y/o acciones de mejoras en relación a las líneas de acción del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud en EE.SS Primer nivel de Atención	26	15	22	45	22	17	33
Evaluación de Adherencia al uso de las Guías de Práctica Clínica en los Establecimientos de Salud de las Redes	100	100	100	100	100	100	100
Implementación de la adherencia a la técnica del lavado de manos en los establecimientos de salud	82	85,1	85,4	97	69,9	63,9	87,7
Implementación de Rondas de Seguridad del Paciente	78	79	72	100	67	50	100
Implementación de monitoreo de eventos adversos	100	100	100	100	100	100	100
Implementa la Autoevaluación de establecimientos de salud en el primer nivel de atención en salud	100	100	100	100	100	100	100
Medición de la satisfacción del usuario externo en consulta externa en los establecimientos de salud del primer nivel de atención .	100	100	100	100	100	100	100
Implementación del Sistema de Atención al Usuario en el primer nivel de atención	100	100	100	100	100	100	100
NIVEL DE DESEMPEÑO	85	83	82	91	82	78	85

Justificación

Las acciones de Monitoreo de procesos de la Gestión de la Calidad, está contemplado en el Plan de Trabajo 2,025, como parte de la Gestión Sanitaria. La ejecución del monitoreo de procesos fortalecerá las competencias de los Comités de Gestión de la Calidad en Salud, lo que permitirá la continuidad de las actividades programadas asimismo, permitirá socializar experiencias, elaborar recomendaciones en forma conjunta, a través de esta acción, se verificará el nivel de avance de las actividades programadas y se cumplirá con el proceso de enseñanza aprendizaje, entre el Equipo de Calidad de la RSSCCE y los miembros de los Comités de calidad, de las IPRESS para



"Año del "Año de la Recuperación y Consolidación de la Economía Peruana"

establecer sus propios estilos y ritmo de avance de las actividades programadas, teniendo por objetivo verificar el cumplimiento de las funciones específicas de la normatividad vigente, con el propósito de lograr el óptimo desarrollo de los procesos que facilite el cumplimiento de las metas establecidas por los establecimientos de salud del primer nivel de atención: Centros y Puestos de Salud según nivel y categoría (I-1, I-2, I-3, I-4) en el marco de la gestión del sistema de redes funcionales, las mismas que asumen el monitoreo de los establecimientos de salud del ámbito jurisdiccional.

Esta es una competencia directa e inmediata del nivel local, en referencia a la responsabilidad de los establecimientos del ámbito jurisdiccional; en el marco de la descentralización en salud.

Concretamente el Monitoreo estará orientado a contribuir, en el cumplimiento de los objetivos de Gestión de la Calidad, en los Componentes de: Planificación, Organización, Garantía y Mejora e Información para la Calidad y a garantizar la eficiencia en la ejecución de las actividades específicas de dichos Componentes. Por tanto, los contenidos del presente documento, se considera como fundamento para presentar los Términos de Referencia (TDR) que nos permitirá ejecutar las actividades propuestas.

Base Legal

- Ley 26642 Ley General de Salud
- Ley 27657 Ley del Ministerio de Salud
- Ley 27867, Ley Orgánica de Gobiernos Regionales
- RM Nº 519-2006 Sistema de Gestión de la Calidad en Salud
- RM Nº 474-2005/MINSA, "Norma Técnica Nº 029-MINSA DGSP V.01 Norma Técnica de Auditoria de Calidad de Atención en Salud"
- R.M Nº 672-2009/MINSA que aprueba la Directiva Administrativa Nº 158 – MINSA/DGSP–V.01 "Directiva Administrativa de Supervisión Integral a Direcciones de Salud y Direcciones Regionales de Salud
- R.M. Nº 876-2009/MINSA, "Guía Técnica para el Supervisor Nacional en Salud"

OBJETIVOS:

Objetivo General:

Garantizar el cumplimiento de los procesos de Gestión de la Calidad establecidas y detectar a tiempo los problemas que impiden llegar al resultado esperado mediante soluciones adecuadas, oportunas que garanticen el mejoramiento de la calidad de atención al usuario.

Objetivos Específicos:

Fortalecer las competencias, actitudes y habilidades del personal responsable de los Comités de Calidad para mejorar el desempeño de sus labores y brindar asistencia técnica.

METODO / CONTENIDO

Método: Presencial y virtual.

Organización: Participantes (Institución U.E 401 SCCE – Equipo de la RSCCE)

Antes:

- Planificación de las actividades de monitoreo a realizar en las Microrredes
- Se realizará 4 monitoreos virtuales y 2 presenciales
- Formular instrumento de monitoreo



"Año del "Año de la Recuperación y Consolidación de la Economía Peruana"

- Se consideran los componentes de planificación, mejora para la garantía, información para la calidad
- Se enviará el instrumento de monitoreo y la metodología del monitoreo a los órganos desconcentrados.

Durante:

- Entrevista con los responsables de los comités de Calidad, proceso de enseñanza aprendizaje
- Realizar el comparativo de las metas con los resultados, realizar el análisis y formular acuerdos y compromisos.

Después:

- Los acuerdos y compromisos asumidos mensualmente serán monitorizados periódicamente con la finalidad de cumplir con las metas establecidas

Contenido (actividades a desarrollar):

- Cronograma de acciones para el cumplimiento de tareas a cumplir con las IPRESS según sea la fecha y el caso priorizado.
- Formulación y Aprobación del TDR.
- Evaluar avances por trimestre, y planificar actividades a desarrollar el siguiente trimestre de año 2025.
- Realizar el requerimiento de presupuesto solicitado en la matriz 1 del POI, de acuerdo a las fechas a ser programadas para realizar los monitoreos de las líneas de acción de los componentes del sistema de gestión de la calidad en salud.
- Socializar los resultados de los monitores en las reuniones.
- Cronograma de acciones para el cumplimiento de tareas a cumplir con los Establecimientos de Salud según el caso priorizado.
- Monitoreo del cumplimiento de acuerdos y compromisos en acta.

PARTICIPANTES:

Institución	Unidad Ejecutora Canas Canchis Espinar
Participantes	Equipo de calidad de la RSSCCE Responsables de Gestión de la calidad de las 6 microrredes (Yauri, Techo Obrero, Yanaoca, Pampaphalla, Combapata, El Descanso) Modalidad virtual los responsables de los 52 establecimientos de salud

Los responsables de la recolección de datos a nivel de IPRESS está a cargo del responsable de Gestión de la Calidad; a nivel de Microrred: La consolidación de la información de todos los establecimientos de su jurisdicción será por la coordinación de Gestión de la Calidad y a nivel de RED: Equipo de la Unidad de Gestión de la Calidad.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES:

El monitoreo de procesos se realizará con el personal de salud con los responsables de gestión de la calidad de los 52 establecimientos de salud y la 6 microrredes del ámbito de la Red de Salud Canas Canchis Espinar, así analizar el cumplimiento de los procesos inherentes a las líneas de acción de gestión de la calidad y Analizar logros de cumplimiento en el primer nivel de atención de Salud.



Gerencia Regional de Salud Cusco

U.E. 401 Salud Canas Canchis Espinar

Dirección Atención Integral de Salud



"Año del "Año de la Recuperación y Consolidación de la Economía Peruana"

		2025																
Componente	Sub Componente	Actividad	Tarea	U.M. Tarea	Meta Tarea	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	
PLANIFICACION	MONITORIO DE PROCESOS	Elaboración del Plan de Gestión de la Calidad en Salud	TdR de Monitoreo de los procesos de gestión de la Calidad Asistencial	PLAN	1	X												
		Implementación de actividades programadas en el Plan de trabajo de Gestión de la Calidad en Salud	Monitoreo virtual	informe	2				X			X			X			X
		Monitoreo presencial	Informe	12							X							X

PRESUPUESTO:

SERVICIOS	ESPECÍFICAS DE GASTO	N° DE ACTIVIDADES	Nro Participantes	P. ACTIVIDAD	PRESUPUESTO
2.3.1.5.12	Papelería en general, Útiles y Materiales de Oficina	2		70.00	140.00
23 2 711 5	Servicios de Alimentación de Consumo Humano	2	8 (refrigerios)	80.00	160.00
TOTAL					300.00



Gerencia Regional de Salud Cusco

U.E. 401 Salud Canas Canchis Espinar

Dirección Atención Integral de Salud



"Año del "Año de la Recuperación y Consolidación de la Economía Peruana"

TERMINO DE REFERENCIA

c. CURSO TALLE SEGURIDAD DE PACIENTE AÑO FISCAL 2024

POBLACION OBJETIVO : Equipos de incidentes y Eventos Adversos, equipos de Rondas de seguridad del paciente en las 06 Micro redes de los órganos desconcentrados de la Oficina de Gestión de la calidad U.E. 401SCCE.

PRODUCTO : adversos y su análisis utilizando herramientas como estudio Análisis Modal de Fallos y Efectos, protocolo de Londres y Rondas de Seguridad, contribuyendo a la instauración la seguridad del paciente con mayor incidencia en los establecimientos de categoría I-3 y I-4.

ACTIVIDAD : Planificación del Programa, Desarrollo de las actividades presenciales, evaluación de los procesos y realización del informe final del desarrollo del programa y la respectiva certificación.

CODIGO : Responde al POI, Plan de Trabajo de la Oficina de Gestión de la Calidad; Matriz 01:
Programa: 9002 Asignaciones Presupuestales que no terminan en Resultado, Producto: 3999999 Sin producto, Actividad: 5001195 Actividad Servicios generales, Código subproducto AOI00112900604 Subproducto gestión de riesgos – seguridad del paciente (higiene de manos, rondas de seguridad y eventos adversos: Tarea curso taller de seguridad del paciente

INSTANCIA RESPONSABLE : Coordinación de la Oficina de Gestión de la Calidad en Salud.

FTE FTO : Recursos Ordinarios Programa Presupuestal.

CALENDARIO : Calendario junio - 2025

FUNDAMENTACION:

Antecedentes

La Seguridad del paciente es una prioridad de la atención sanitaria y un componente clave en la garantía de mejora de la gestión de calidad en salud, es un indicador fundamental para prever posibles eventos adversos en la atención, tomar decisiones oportunas, corregir los errores y aprender en forma oportuna y así mismo para crear una cultura de seguridad que lleva al mejoramiento continuo de la calidad en la atención de salud.

El Ministerio de Salud del Perú, a través de la GERESA – CUSCO. Propicia la implementación de Seguridad del Paciente, en el marco de la Norma Técnica Sanitaria como aspecto esencial de la calidad en los servicios de salud; llevando a cabo estrategias innovadoras que mejoren la calidad de la atención y la seguridad de los pacientes, tales como la Cultura de seguridad, la seguridad en la medicación, control de infecciones intrahospitalarias, Comunicación de la información (notificación de eventos



adversos) , la realización de procedimientos correctos en lugares del cuerpo correcto, identificación de pacientes, comunicación durante el cambio de turnos y entrega de pacientes, mejora de la higiene de manos para prevenir infecciones.ii

Higiene Del Lavado De Manos

En la Unidad Ejecutora 401 Salud Canas Canchis Espinar, se implementa los procesos de Higiene del lavado de manos en los órganos desconcentrados, para el año 2025 se realiza la actividad en las 52 IPRESS. En el aspecto organizativo, mejora de capacidades, la implementación, Higiene de manos establecidos con juntamente con la GERESA-. CUSCO a través de la Dirección Gestión y Calidad Sanitaria, producto de ello se cuenta con resultados relacionados a la aplicación de la Lista de Verificación de los procesos de Higiene Manos.

En el año 2024 se ha priorizado los procesos de Higiene de Manos aplicados en los servicios de cada establecimiento de salud a nivel de la RED de salud se evaluaron 11 servicios, área de PAUS y Saneamiento ambiental. Así mismo es necesario mencionar el grupo que más número de profesionales es de enfermería con 106 licenciadas evaluadas, seguido por las obstetras con un número de 94 obstetras y los médicos fueron evaluados en un numero de 66 médicos. El personal Tecnico en enfermería fue evaluado en número de 154. El resto de los profesionales en un número menor lo que significa que para el año 2025 se llegara evaluara al 100% del personal y que además cumpla con la adherencia a las guías prácticas.

Cuadro Nro. 09
Adherencia a la Higiene de manos Por Micro Redes
RSSCCE IV Trimestre 2024

MICRO RED	AGUA JABON	ALCHOL GEL	OMISION	TOTAL OBSERVADOS	%	ESCALA CUMPLIMIENTO
YAURI	267	231	87	585	85.1	EN PROCESO
T OBRERO	374	294	114	782	85.4	EN PROCESO
YANAOCA	241	241	15	497	97.0	ADECUADO
PAMPAPHALLA	1040	1199	963	3202	69.9	EN PROCESO
COMBAPATA	219	185	228	632	63.9	EN PROCESO
EL DESCANSO	155	152	43	350	87.7	EN PROCESO
RSCCE	2296	2302	1450	6048	76.0	EN PROCESO

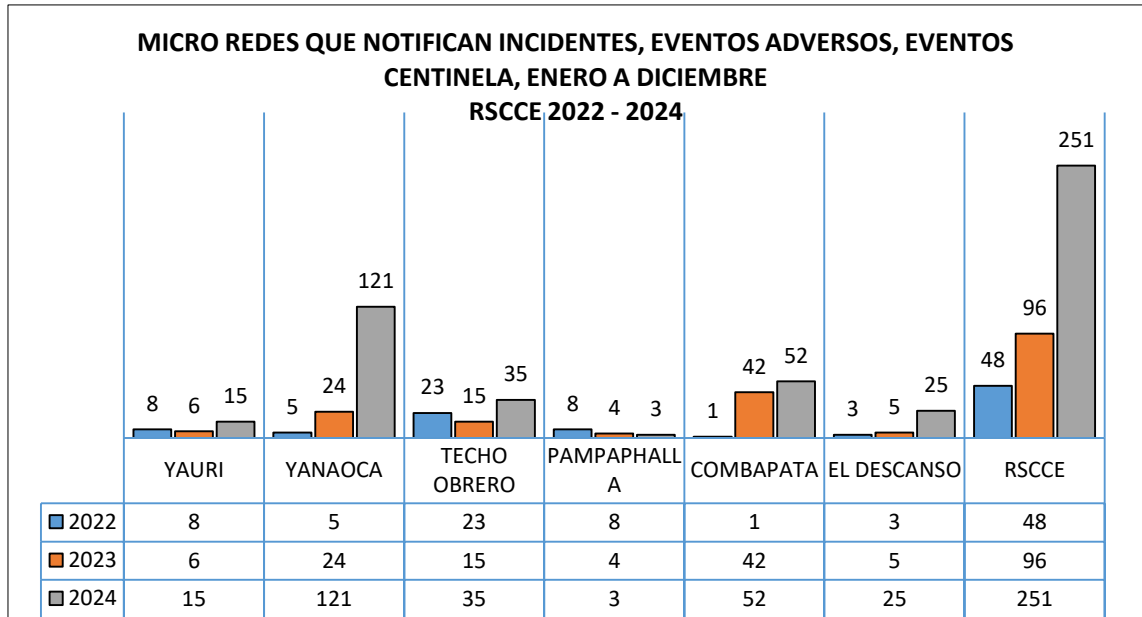
Fuente: Base de datos SP- DGC 2024.

En el presente cuadro se evidencia que como RSCCE nos encontramos en un nivel de desempeño de en proceso (76%), lo que significa que en necesario tomar acción de fortalecimiento al personal de salud en los 52 establecimientos teniendo en cuenta que de las seis microrredes solo una se encuentra en escala de adecuado.



2.4.2.4.1 EVENTOS ADVERSOS

Gráfico N° 01



Fuente: Base de datos SP- OGCS 2022 - 2024

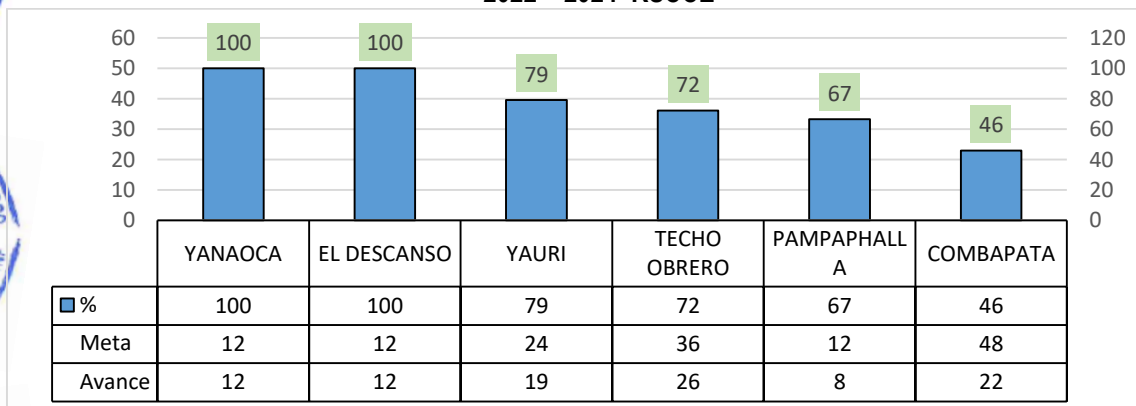
En el presente cuadro podemos indicar que el año 2022 se notificó solo 48 eventos, al 2023, 96 eventos y al presente año 2024 251 eventos (eventos adversos, centinelas e incidentes)

se observa que los establecimientos de la jurisdicción de las microrredes que notifican son el 100% al cuarto trimestre es Combapata, esta actividad se encuentra en proceso de difusión sobre su manejo adecuado, por ello se evidencia que paulatinamente se ha ido incrementando su registro, el cual nos permitirá tomar acciones respecto a la gestión de riesgos en la atención.

2.4.2.4.2 RONDAS DE SEGURIDAD

Gráfico N° 01

MICROREDES QUE APLICAN RONDAS DE SEGURIDAD 2022 - 2024 RSCCE



Fuente: Base de datos SP- DGC 2024



El grafico número 01 muestra el cumplimiento de la programación mensual de aplicación de rondas de seguridad según microrredes, observando que la microred que cumple con lo programado son Yanaoca y el descanso, y con avances por debajo del 50% se encuentra Combapata (46%), se tomara acciones para fortalecer al personal para la correspondiente aplicación del instrumento de rondas de seguridad.

Justificación

En este entender el programa de capacitación en seguridad de paciente de atención en salud tiene por finalidad fortalecer las competencias de los profesionales de los comités de seguridad del paciente de los establecimientos, para imponer una cultura de reporte de eventos adversos, su análisis desde un punto de vista multidimensional del problema, que lidere las estrategias en la mejora de la seguridad del paciente para garantizar una atención de salud segura y de calidad.

En tal sentido la 401 RSCCE a través de los equipos de rondas de seguridad, de Incidentes y eventos adversos continuara con el monitoreo, seguimiento y fortalecimiento del recurso humano en las IPRESS, con la finalidad de prevenir oportunamente las infecciones durante el proceso de atención.

Base Legal

1. Ley N° 26842 – Ley General de Salud.
2. Ley N° 27657 – Ley del Ministerio de Salud.
3. Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud.
4. Resolución Ministerial N° 143-2006/MINSA, que aprueba la conformación del comité "Técnico para la Seguridad del Paciente".
5. Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, que aprueba la Norma Técnica Sanitaria de Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
6. Resolución Ministerial N° 676-2006/MINSA, que aprueba el Plan Nacional para la Seguridad del Paciente 2006 - 2008.
7. Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA que aprueba el Documento Técnico "Política Nacional de la Calidad en Salud".
8. Resolución Ministerial N° 308-2010/MINSA, que aprueba "La Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.
9. Resolución Ministerial N° 1021-2010/MINSA, que aprueba "La Guía Técnica de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía".
10. Resolución Ministerial N° 308-2010/MINSA que aprueba la "Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía".
11. Resolución Ministerial N° 095-2012/MINSA que aprueba la "La Guía Técnica para la elaboración de proyectos de mejora y la aplicación de las herramientas para la Gestión de la Calidad".
12. Resolución Directoral N° 034-2014-DE-HSJL-DISA IV-LE, que aprueba la conformación del "Comité de Seguridad del Paciente del Hospital San Juan Lurigancho 2014".
13. Resolución Directoral N° 002-2014-D-HSJL-DISA-IV-LE que aprueba conformar el "Equipo Conductor de la Lista de la Seguridad de la Cirugía del Hospital San Juan de Lurigancho".



Gerencia Regional de Salud Cusco

U.E. 401 Salud Canas Canchis Espinar

Dirección Atención Integral de Salud



"Año del "Año de la Recuperación y Consolidación de la Economía Peruana"

OBJETIVO:

Objetivo General

Fortalecer y perfeccionar las competencias necesarias para la implementación de los ejes de intervención de la Seguridad de Paciente y gestión del riesgo en los servicios de salud según su nivel de complejidad.

Objetivos Específicos:

- Fortalecer las competencias de los equipos de incidentes y eventos adversos, así como de los equipos de rondas de seguridad del paciente, introduciendo conceptos claves sobre seguridad del paciente, importancia y magnitud de eventos adversos.
- Fortalecer las competencias de los comités de seguridad del paciente sobre los sistemas de notificación de eventos adversos, aplicación del instrumento de rondas de seguridad, la dirección del análisis de riesgos y acciones de mejora
- Establecer un criterio uniforme para el seguimiento, monitoreo y evaluación en la implementación de la seguridad del paciente.
- Fortalecer las competencias de los Comités de seguridad de paciente para la aplicación de la guía de lavado de manos, su monitoreo y evaluación de los eventos adversos.

METODO Y CONTENIDOS:

Técnicas

Con respecto a la metodología por los y las ponentes, esta se define, básicamente, con la combinación de estrategias didácticas que se centran en la participación del asistente se refiere, las afirmaciones, los comentarios y las reflexiones, respecto a:

- Expositivo, participativo – presencial (taller 01 día) y virtual (2 días)

Las exposiciones serán grabadas.

Organización del Evento: la organización del presente curso taller estará a cargo de la oficina de Gestión de la Calidad en Salud.

Antes: Planificación de la Capacitación de acuerdo al siguiente detalle:

- Preparación del programa de socialización de la Normativa Directiva Sanitaria N° 92-MINSA/2020/DGAIN., "Rondas de Seguridad del Paciente para la Gestión del Riesgo en la Atención"
- Proceso de selección y convocatoria del personal de Microrred y EESS seleccionados.
- Impresión de instrumentos de evaluación, seguimiento y monitoreo.
- Elaboración de materiales complementarios a la capacitación.
- Elaboración Pretest y Post test.

Durante: Ejecución de la socialización de la Directiva Administrativa.

- Socialización de la Directiva Administrativa N° 092
- Aplicación de instrumento de evaluación. (pre y post. Test)
- Exposición y participación de los asistentes en el curso taller.
- Registro fotográfico.

Después:

- Informe final y seguimiento de los compromisos asumidos en dicho taller, así como el monitoreo de implementación de la directiva antes mencionada.
- Registro de asistencia.
- Gestiones para el proceso de constancia de capacitación.

al cual se adjunta (lista de participantes – asistencia, pretest y pos test., el cual tendrá un valor de aprobado con nota de 14).

Facilitadores:

- Facilitadora GERESA CUSCO (responsable de Seguridad del Paciente).



Gerencia Regional de Salud Cusco

U.E. 401 Salud Canas Canchis Espinar

Dirección Atención Integral de Salud



"Año del "Año de la Recuperación y Consolidación de la Economía Peruana"



Participantes:

- Jefe de Microrred
- Responsable Gestión de la Calidad Microrred
- Jefe de IPRESS
- Responsable de Gestión de la Calidad de IPRESS

Fecha Y Lugar

- 18, 19, y,20 de junio del 2025

Micro Red de Salud	N° participantes	N° Ponentes	Lugar
RSCCE	08	01	Auditórium CS Pampaphalla
M.R. Yanaoca	13		
M.R. Combapata	8		
M.R. Techo Obrero	11		
M.R. Pampaphalla	11		
M.R. El Descanso	5		
M.R. Yauri	15		
Total participantes	68	01	

Lugar: Auditórium del CS Pampaphalla

Calificación y Créditos del Programa/ Curso: el curso taller tendrá una duración de 24 horas equivalente a 0.5 créditos

Certificación del Programa/ Curso: la oficina de Gestión de la Calidad en Salud gestionará la constancia de participación en el curso taller, previo informe de la actividad

PRESUPUESTO:

Presupuesto Requerido: S/.2719

Fuente de financiamiento: RO Acciones Centrales

Meta: 00001

PRESUPUESTO POR ESPECÍFICA DE GASTO

META	ESPECIFICA DE GASTO	DETALLE	CANTIDAD	COSTO
00001	Servicios Diversos	Almuerzo	63	1,360.00
		Viáticos	3	384.00
		2.3 15.12 Material de escritorio		456.00
Total, Financiamiento				S/2.200.00





TERMINO DE REFERENCIA

d. CURSO DE INFORMACION PARA LA CALIDAD EN SALUD



POBLACION OBJETIVO

: Responsables de Gestión de la Calidad y jefes de los Establecimientos de Salud, de las Micro Redes Yauri, Combapata, Yanaoca, Descanso, Pampaphalla, Techo Obrero.

PRODUCTO

: Personal con competencias en información para la calidad referente a la encuesta de satisfacción del usuario externo e interno, así como el manejo adecuado de reclamos y sugerencia de parte de la población, contribuyendo a la respuesta satisfacción a la población.



ACTIVIDAD

: **Antes:** Planificación de la Capacitación de acuerdo al siguiente detalle:

-Preparación del programa de socialización de la GT para la evaluación de la satisfacción del Usuario externo en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo y D.A. que regula la gestión de consultas, reclamos y sugerencias en salud de usuarios de UGIPRESS e IPRESS de la GERESA Cusco. V02.

-Proceso de selección y convocatoria del personal de Microrred y EESS seleccionados.

-Formulación de instrumentos de evaluación, seguimiento y monitoreo.

-Elaboración de materiales complementarios a la capacitación.

Durante: Ejecución de la socialización de las normas.

-Socialización de la Directiva.

-Aplicación de instrumento de evaluación. (pre y post. Test)

-Registro fotográfico.

Después:

-Informe final y seguimiento de los compromisos asumidos en dicho taller, así como el monitoreo de implementación de la directiva antes mencionada.

-Registro de asistencia.

-Gestiones para el proceso de certificación.

: Responde al POI, Plan de Trabajo de la Oficina de Gestión de la Calidad; Matriz 01:

Programa: 9002 Asignaciones Presupuestales que no terminan en Resultado, Producto: 3999999 Sin producto, Actividad: 5001195 Actividad Servicios generales, Código subproducto AOI00112900603 Subproducto Gestión de la información para la Calidad (encuestas del usuario interno y externo y libro de reclamos, Tarea: curso taller de información para la calidad en salud)



CODIGO



INSTANCIA RESPONSABLE : Coordinación de la Oficina de Gestión de la Calidad en Salud y equipo de Gestión de Calidad de la U.E. 401 SCCE

FTE FTO : Recursos Ordinarios Programa Presupuestales.

CALENDARIO : Calendario setiembre - 2025

FUNDAMENTACION:

ANTECEDENTES: El Ministerio de Salud ha venido impulsando iniciativas para mejorar la calidad de las prestaciones de salud de manera directa y por medio de diversos convenios. Estos esfuerzos han sido desarrollados fundamentalmente por los trabajadores y equipos de los servicios de salud de las IPRESS.

La medición del índice de insatisfacción de los usuarios externos (aplicativo SEVQUAL), este instrumento está siendo utilizado a nivel nacional en los establecimientos de salud y les permite identificar la insatisfacción del usuario, con la atención recibida a través del instrumento arriba mencionado, constituyendo una fuente importante para el desarrollo de acciones de mejora continua.

La medición de la satisfacción del usuario interno se realiza periódicamente, a través de una encuesta virtual se aplicó al personal de salud de las IPRESS de la jurisdicción de la U.E. 401 SCCE. esta versión preliminar la que a la fecha viene siendo validada.

Gestión de Quejas y Sugerencias se han implementado diversos mecanismos y estrategias para el recojo de quejas y sugerencias de los usuarios que les permitía desarrollar acciones de mejora de la atención.

JUSTIFICACION: La Calidad de Atención en Salud; es una propiedad y un juicio de valor, cuya definición puede dividirse por lo menos en dos partes: técnica-científica y de percepción. La calidad técnica-científica de la atención consiste en la aplicación de la ciencia y la tecnología médicas de una manera que rinda el máximo de beneficios para la salud sin aumentar los riesgos, y la calidad percibida es la asignada por los usuarios cuando los servicios de salud que reciben cumplen las expectativas y requisitos establecidos por ellos.

Existen experiencias puntuales de vigilancia de la calidad de los servicios donde es la población quien asume esta tarea y conjuntamente con el personal plantea las estrategias de intervención. Existe la directiva administrativa que regula el procedimiento para la utilización del sistema de atención de solicitudes de acceso a la información pública vía internet del MINSA.

BASE LEGAL:

- Constitución Política del Perú
- Ley N° 26842 Ley General de Salud
- Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA que aprueba el Documento Técnico "sistema de gestión de la calidad en salud" Perú, 2006. MINSA.
- Ley N° 29414 - Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de Salud
- Decreto Supremo N° 002-2019- SA, que aprueban reglamento para la gestión de reclamos y denuncias de los usuarios de las instituciones administradoras de fondos de aseguramiento en salud- IAFAS, instituciones prestadoras de servicios de salud - IPRESS y unidades de gestión de instituciones prestadoras de servicios de salud - UGIPRESS, públicas, privadas y mixtas.
- Resolución de Superintendencia N°030-2020-SUSALUD/S, Clasificación, Lineamientos y Aplicativo Informático para la remisión de la Información de Reclamos de los Usuarios de las IAFAS, IPRESS o UGIPRESS.
- Guía Técnica para la evaluación de la satisfacción del usuario externo en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, aprobado con R.M. N°527- 2011/MINSA.



Gerencia Regional de Salud Cusco

U.E. 401 Salud Canas Canchis Espinar

Dirección Atención Integral de Salud



"Año del "Año de la Recuperación y Consolidación de la Economía Peruana"



Directiva Administrativa para la atención de reclamos y sugerencias en establecimientos del I, II, III nivel de atención. Resolución Directoral N° 1241-2020 - DRSC/OGRH.

OBJETIVO:



Fortalecer las capacidades del personal de salud de las Micro Redes del ámbito de la Red de Salud Canas Canchis Espinar en la información para la Calidad en salud, para el año 2025.

OBJETIVOS ESPECIFICOS



- Fortalecer la implementación de la metodología de evaluación de satisfacción de usuario según la guía técnica para la evaluación de satisfacción del usuario en los establecimientos de salud en los servicios de consultorio externo y hospitalización.
- Promover el conocimiento de los deberes y derechos de los usuarios de los servicios de salud, personal asistencial y administrativo y la población que acude

METODO / CONTENIDO:

Metodología:



Técnicas

Con respecto a la metodología por las ponentes, esta se define, básicamente, con la combinación de estrategias didácticas que se centran en la participación del asistente se refiere, las afirmaciones, los comentarios y las reflexiones, respecto a:

- Expositivo, participativo – presencial (taller) y virtual

Organización del Evento: la organización del presente curso taller estará a cargo de la oficina de Gestión de la Calidad en Salud.

Facilitadores:

- ✓ Ponente responsable de información para la Calidad de GERESA Cusco.
- ✓ Medico Auditor, responsable de reclamos, quejas y sugerencias.

Participantes:

El personal de salud que tenga a su responsabilidad:

- Jefes de Micro redes.
- Jefes de Establecimientos de salud.
- Responsables de Calidad de los Establecimientos de Salud.
- Responsable PAUS

Contenido del Curso:

- Conceptos básicos de la Guía Técnica para la evaluación de la satisfacción del Usuario externo en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo
 - o Finalidad
 - o Objetivos
 - o Ámbito de aplicación
 - o Requerimientos básicos para la aplicación de la Encuesta.
 - o Descripción del proceso de autoevaluación. (planificación, recolección de datos, determinación del tamaño muestra).
 - o Capacitación de los encuestadores.
 - o Procesamiento de datos
 - o Análisis e interpretación de los resultados.
 - o Retroalimentación de los resultados
 - o Implementación de mejoras en base a los resultados
- Conceptos básicos de la Directiva Administrativa que Regula la Gestión de Consultas, Reclamos y Sugerencias en Salud de Usuarios de UGIPRESS e IPRESS de la GERESA Cusco.





Gerencia Regional de Salud Cusco

U.E. 401 Salud Canas Canchis Espinar

Dirección Atención Integral de Salud



"Año del "Año de la Recuperación y Consolidación de la Economía Peruana"



- Objetivos
- Ámbito de aplicación
- Base legal.
- Disposiciones Generales y Especificas
- Responsabilidad
- Disposiciones Finales

Calificación y Créditos del Programa/ Curso: el curso taller tendrá una duración de 24 horas equivalente a 0.5 créditos

Certificación del Programa/ Curso: la oficina de Gestión de la Calidad en Salud gestionará la constancia de participación en el curso taller, previo informe de la actividad al cual se adjunta (lista de participantes – asistencia, pretest y pos-test., el cual tendrá un valor de aprobado con nota de 14).

Fecha Y Lugar

- 23, 24 y 25 de setiembre del 2025

Micro Red de Salud	N° participantes	N° Ponentes	Lugar
RSCCE	04	01	Auditorium del Parque Rosaspata
M.R. Yanaoca	14		
M.R. Combapata	10		
M.R. Techo Obrero	13		
M.R. Pampaphalla	14		
M.R. El Descanso	7		
M.R. Yauri	17		
Total	79	01	

Presupuesto: S/. 2180.00

META	ESPECIFICA DE GASTO	DETALLE	CANTIDAD	COSTO
00001	Servicios Diversos	Almuerzo	80	1,600.00
		Viáticos	3	384.00
		Material de escritorio		216.00
Total, Financiamiento				S/.2,200.00

PROGRAMA:

CURSO: INFORMACION PARA LA CALIDAD EN SALUD".

HORARIO	ACTIVIDAD	Expositor	Metodología
08:00 a 09:00 hrs.	Inscripción de los participantes	Equipo	
09:00 a 09:30 hrs.	Pre test.	Equipo	





Gerencia Regional de Salud Cusco

U.E. 401 Salud Canas Canchis Espinar

Dirección Atención Integral de Salud



"Año del "Año de la Recuperación y Consolidación de la Economía Peruana"

09:30 a 12:00 hrs.	<p>Conceptos básicos de la Guía Técnica para la evaluación de la satisfacción del Usuario externo en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Finalidad ○ Objetivos ○ Ámbito de aplicación ○ Requerimientos básicos para la aplicación de la Encuesta. ○ Descripción del proceso de autoevaluación. (planificación, recolección de datos, determinación del tamaño muestra). ○ Capacitación de los encuestadores. ○ Procesamiento de datos ○ Análisis e interpretación de los resultados. ○ Retroalimentación de los resultados ○ Implementación de mejoras en base a los resultados 	Obst. Haydee Ramos	Expositivo Participativo Lluvia de ideas Taller
12:00 a 13:00 hrs.	Almuerzo		
13:00 a 16:00hss.	<p>Conceptos básicos de la Directiva Administrativa que Regula la Gestión de Consultas, Reclamos y Sugerencias en Salud de Usuarios de UGIPRESS e IPRESS de la GERESA Cusco.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Finalidad ○ Objetivos ○ Ámbito de aplicación ○ Base legal. ○ Disposiciones Generales y Especificas ○ Responsabilidad ○ Disposiciones Finales 		
14:00 a 16:30 hrs.	Post test – Firma de acuerdos y compromisos	Equipo	
16:30	Compromisos y Recomendaciones	Equipo	



TERMINO DE REFERENCIA

e. PLAN DE EVALUACIÓN DE SATISFACCIÓN DE USUARIO EXTERNO" AÑO FISCAL 2025

POBLACION OBJETIVO : Usuarios externos de los servicios de salud de la Red de Servicios de Salud Canas Canchis Espinar

PRODUCTO : Informe Técnico de Resultados de Medición de satisfacción de usuario externo de los servicios de Hospitalización, Consulta externa de la Red Canas Canchis Espinar

ACTIVIDAD : Planificación, organización y ejecución para medición de satisfacción de usuario interno y externo de la Red Canas Canchis Espinar aplicación de la encuesta, procesamiento de la información, análisis e interpretación de resultados, socialización, e implementación de acciones y/ o proyectos de mejora.

CODIGO : Responde al POI, Plan de Trabajo de la Oficina de Gestión de la Calidad; Matriz 01:

Programa: 9002 Asignaciones Presupuestales que no terminan en Resultado, Producto: 3999999 Sin producto, Actividad: 5001195 Actividad Servicios generales, Código subproducto AOI00112900603 Subproducto Gestión de la información para la Calidad (encuestas del usuario interno y externo y libro de reclamos, Tarea: curso taller de información para la calidad en salud)

INSTANCIA RESPONSABLE : Coordinación de la Oficina de Gestión de la Calidad en Salud e integrante del equipo de trabajo de Gestión de la Calidad.

FTE FTO : Recursos Ordinarios Programa Presupuestal.

CALENDARIO : Calendario mayo - 2025

FUNDAMENTACIÓN:

Antecedentes

La satisfacción del usuario externo constituye un indicador importante para la evaluación de la calidad de los servicios de salud que revela las percepciones de los usuarios con relación al servicio de salud que reciben, está determinada en como la atención recibida cumple con las expectativas que tienen sobre el servicio solicitado, proporciona información sobre si el trabajador de salud alcanza los valores y expectativas del mismo. la GERESA Cusco mediante Resolución Directoral N°1289-2020-DRSC/OGRH se aprobó la evaluación de satisfacción de usuario a través de encuestas rápidas, dirigida a los usuarios de los EESS del ámbito regional, y procedió a evaluar con este instrumento en el año 2021, en el año 2022, 2023 y 2024 para evaluar el nivel de satisfacción con respecto a la atención recibida en el establecimiento de salud, se realizó dando cumplimiento a la R.M 527 (formato de encuesta ampliado de 22 ítems); basado en las expectativas y percepciones en 5 dimensiones. De acuerdo a esta evaluación se obtuvieron los siguientes resultados:

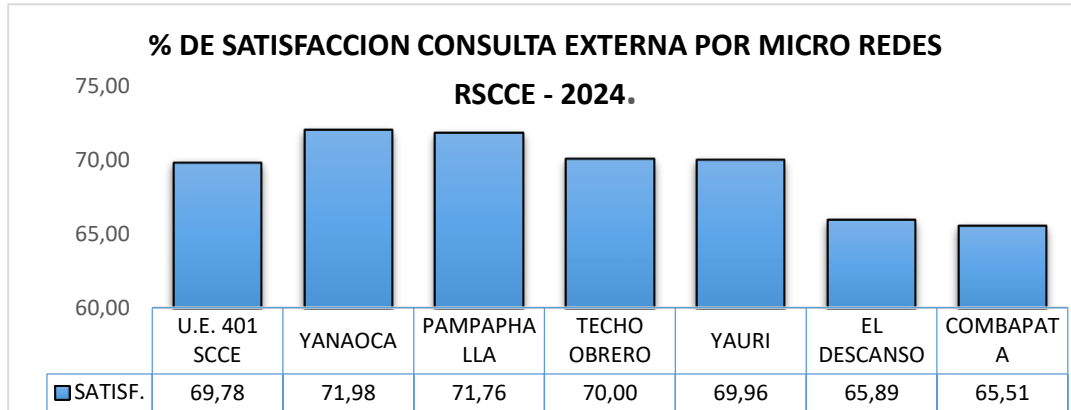




EVALUACION DE LA SATISFACCION DEL USUARIO EXTERNO – CONSULTA EXTERNA



Gráfico N° 13

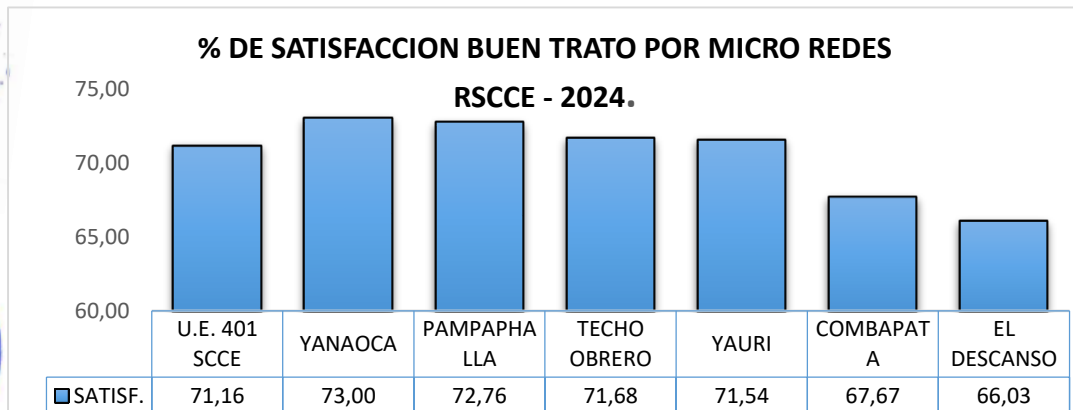


Fuente: Base de datos SGCS – RSCCE 2024

De acuerdo a la evaluación de satisfacción por consulta externa: podemos identificar que la RSCCE ha alcanzado un porcentaje de satisfacción del 69.78% siendo la Microrred Combapata (65.51%) el que presenta el resultado más bajo a comparación de las demás microrredes. Se evidencia que con mayor nivel de satisfacción se encuentra Yanaoca (71.98%), Pampaphalla (71.76%) y Techo Obrero (70%).



Gráfico N° 14



Fuente: Base de datos SGCS – RSCCE 2024

Podemos observar los resultados de buen trato, como red a alcanzado el 71.16% y el 100% de IPRESS se encuentran con niveles de insatisfacción en el buen trato al usuario externo por encima del 60%. Sin embargo, si analizamos por microrredes quien tuvo menor porcentaje de satisfacción es la microrred El Descanso (66.03%), siendo el ítem observado (¿Su atención se realizó según el horario publicado en el establecimiento de salud? Con un 61.63%.

Servicio de Hospitalización:





Gerencia Regional de Salud Cusco

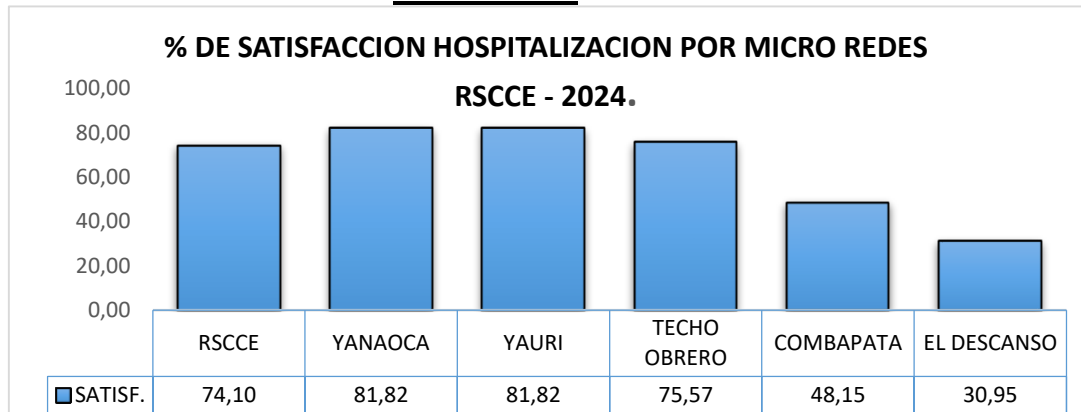
U.E. 401 Salud Canas Canchis Espinar

Dirección Atención Integral de Salud



"Año del "Año de la Recuperación y Consolidación de la Economía Peruana"

Gráfico N° 12



Fuente: Base de datos SGCS – RSCCE 2024

El presente grafico evidencia que el nivel de satisfacción como RSCCE se encuentra en un 74.10%, la microrred con el nivel de satisfacción más alto se encuentra Yanaoca y yauri con el más bajo nivel de satisfacción se encuentra Combapata (48.15%) y el descanso (30.95%).

BASE LEGAL:

- ✓ Ley N° 26842, Ley General de Salud
- ✓ Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud
- ✓ Ley N° 30895, Ley que fortalece la Función Rectora del Ministerio de Salud
- ✓ Ley N° 27867, Ley Orgánica de los Gobiernos regionales.
- ✓ Ley N° 27444, Ley General de Procedimientos Administrativos
- ✓ Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud
- ✓ Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Sistema de gestión de la Calidad en Salud"
- ✓ Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, que aprueba el documento técnico de "Política Nacional de Calidad en Salud"
- ✓ Resolución Ministerial 527-2011/MINSA, Guía técnica para la Evaluación de Satisfacción de Usuario Externo en los EESS y Servicios médicos de apoyo
- ✓ Resolución Directoral N°1289-2020-DRSC/OGRH la Directiva Sanitaria de Encuestas Rápidas de Satisfacción de Usuario para EESS del I, II y III Nivel de Atención del Ámbito de la Diresa Cusco aprobado el 27 de noviembre del 2020
- ✓ Decreto Supremo 002-2019.SA, Reglamento para la Gestión de Reclamos y Denuncias de los Usuarios de las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud - IAFAS, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPRESS y Unidades de Gestión de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - UGIPRESS, públicas, privadas o mixtas,
- ✓ Resolución de Superintendencia N° 030-2020-SUSALUD/S, "Clasificación, Lineamientos y Aplicativo Informático para la remisión de la Información de Reclamos de los Usuarios de las IAFAS, IPRESS o UGIPRESS"

OBJETIVO:

Objetivo General

Conocer el nivel de satisfacción e insatisfacción de los usuarios que acuden a los servicios de consultorio externo, hospitalización y emergencia de IPRESS del primer nivel de atención.

Objetivo Especificos

- Conocer la percepción y valoración que tienen los usuarios de consulta externa, emergencia y hospitalización
- Identificar los problemas más frecuentes asociados a la prestación de servicios de salud en IPRESS
- Fortalecer la implementación de acciones o proyectos para la mejora continua de la calidad en salud en base a los resultados obtenidos

MÉTODO Y CONTENIDOS:

Metodología:

Técnicas

- Observación
- Entrevista
- Capacitación

Herramienta

- Encuestas de Satisfacción de Usuario según la Guía técnica para La Evaluación de Satisfacción de Usuario Externo en los EESS y Servicios médicos de apoyo, Resolución Ministerial 527-2011MINSA,

Selección de encuestadores / encuestador

- Personal externo que disponga la Unidad de Calidad del hospital/Red
- Personal con habilidades para el manejo de grupos o personas, capaz de generar empatía para lograr la confianza de los usuarios

Criterios de inclusión:

- Usuarios de salud de ambos sexos
- Mayores de 18 años de edad
- Familiar u otra persona que acompaña al usuario externo que acude a una atención en salud

Criterios de exclusión:

- Usuarios menores de 18 año y de aquellos que presenten algún tipo de discapacidad por la que no puedan expresar su opinión.
- Usuarios o familiares que no deseen participar en el estudio.
- Usuarios con trastornos mentales que no estén acompañados por sus familiares.
- Usuarios sin instrucción
- Tiempo que toma la aplicación de una encuesta:
- La duración aproximada para la evaluación de satisfacción es máximo minutos por usuario

CONTENIDO:

Antes: Planificación de la aplicación de las encuestas de satisfacción del usuario de salud a los responsables según corresponda:

- Preparación de los formatos de encuesta de satisfacción del usuario externo según normativa y la cantidad según los atendidos.
- Proceso de selección y convocatoria de los encuestadores externos en las IPRESS de las 6 microrredes.

Durante: Recolección y procesamiento de datos.



Gerencia Regional de Salud Cusco

U.E. 401 Salud Canas Canchis Espinar

Dirección Atención Integral de Salud



"Año del "Año de la Recuperación y Consolidación de la Economía Peruana"

- Recolección de datos, se basa en la aplicación de las encuestas en los 51 establecimientos de salud a los usuarios de salud.
- Procesamiento de datos a través de la transcripción de las encuestas en el aplicativo SERVQUAL del Ministerio de salud
- Registro fotográfico.

Después: Análisis e interpretación de datos y socialización de resultados y toma de decisiones

- Análisis e interpretación de los resultados.
- Informe final identificando los factores que dan por resultado los usuarios insatisfechos y satisfechos
- Socialización de resultados al Comité de Gestión de la institución y el equipo de las áreas/departamento/unidades involucradas en la generación de insatisfacción, a fin de poder implementar acciones y toma de decisiones que puedan mejorar el servicio de forma inmediata
- seguimiento de los compromisos y recomendaciones asumidos en informe final

La encuesta de Satisfacción de usuario comprende las siguientes dimensiones:

- **Fiabilidad:** Capacidad para cumplir exitosamente con el servicio ofrecido
- **Empatía:** Es la capacidad que tiene una persona para ponerse en el lugar de otra persona y entender y atender adecuadamente las necesidades del otro
- **Seguridad:** Evalúa la confianza que genera la actitud del personal que brinda la prestación de salud demostrando conocimiento, pívacidad cortesía, habilidad para comunicarse e inspirar confianza.
- **Capacidad de Respuesta:** Disposición de servir a los usuarios y proveer un servicio rápido y oportuno frente a una demanda con una respuesta de calidad y en un tiempo aceptable.
- **Aspectos Tangibles:** Son los aspectos físicos que el usuario percibe de la institución. Están relacionados con las condiciones y apariencia física de las instalaciones, equipos, personal, material de comunicación, limpieza y comodidad.

ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

Organizadores

- Unidad de Calidad

Participantes:

- Jefes/Responsables de gestión de la calidad de establecimientos 1-1, I-2, I-3 y 1-4
- 37 encuestadores (Yauri 10, Yanaoca 4, Pampaphalla 6, techo obrero 6, Combapata 8, el descanso 3)
- Usuarios de salud

a. FECHA:

Mayo 2025

ACTIVIDAD	U. M. AC	META	TAREA	abril	mayo	nov
Evaluación de la satisfacción del usuario externo en los	informe	1	conformación del equipo de encuestadores de satisfacción de usuarios y aplicación de la encuesta	X	X	



Gerencia Regional de Salud Cusco

U.E. 401 Salud Canas Canchis Espinar

Dirección Atención Integral de Salud



"Año del "Año de la Recuperación y Consolidación de la Economía Peruana"

establecimientos de salud	informe	1	recolección procesamiento y envío de datos al inmediato superior			X
	informe	1	envío de informe de satisfacción I usuario			X

PRESUPUESTO

- Programas presupuestales – previa coordinación

Fuente de Financiamiento recursos ordinarios

META	ESPECÍFICA DE GASTO	DETALLE	CANTIDAD	COSTO UNITARIO	DIAS	COSTO TOTAL
16	2321299	Otros gastos (movilidad)	37 encuestadores	S/. 20.00	2	S/. 1,480.00
	23 1 3 1 1	Combustibles y carburantes	10 galones	S/. 20.00	3	S/. 200.00
00001	23 1 5 1 2	Papelería en general útiles y materiales de escritorio	Papel bond Tableros Lapiceros Lápiz Borrador Toner	S/.100.00 S/ 180.00 S/ 10.00 S/. 8.00 S/.350.00		S/. 648.00
Total, de financiamiento						S/. 2,328.00





Gerencia Regional de Salud Cusco

U.E. 401 Salud Canas Canchis Espinar

Dirección Atención Integral de Salud



"Año del "Año de la Recuperación y Consolidación de la Economía Peruana"

TERMINO DE REFERENCIA

f. PLAN DE EVALUACIÓN DE SATISFACCIÓN DE USUARIO INTERNO" AÑO FISCAL 2025

POBLACIÓN OBJETIVO:

Usuarios internos de los servicios de salud de la Red de Servicios de Salud Canas Canchis Espinar.

PRODUCTO:

Informe Técnico de Resultados de Medición de satisfacción de usuario interno de los servicios de salud de las IPRESS de la Red de Salud Canas Canchis Espinar

ACTIVIDAD:

Planificación, organización y ejecución para medición de satisfacción de usuario interno de la Red de Salud Canas Canchis Espinar aplicación de la encuesta, procesamiento de la información, análisis e interpretación de resultados, socialización, e implementación de acciones y/ o proyectos de mejora.

CÓDIGO:

Responde al POI, Plan de Trabajo de la Oficina de Gestión de la Calidad; Matriz 01:

Programa: 9002 Asignaciones Presupuestales que no terminan en Resultado, Producto: 3999999 Sin producto, Actividad: 5001195 Actividad Servicios generales, Código subproducto AOI00112900603 Subproducto Gestión de la información para la Calidad (encuestas del usuario interno y externo y libro de reclamos, Tarea: curso taller de información para la calidad en salud)

RESPONSABLE:

Relacionada al Plan de Trabajo del SGCS 2024.

Comité de Mejora Continua de la Calidad de la Red de Salud Canas Canchis Espinar.

Unidad de Gestión de la Calidad de la U. E. 401 Salud Canas Canchis Espinar

CALENDARIO:

setiembre 2025

FUNDAMENTACIÓN:

Antecedentes

La satisfacción del usuario interno constituye un indicador importante para la evaluación del funcionamiento y desempeño de los servicios de salud que revela las percepciones de los usuarios con relación al servicio de salud, proporciona información sobre si el trabajador de salud alcanza los valores y expectativas del mismo. la GERESA Cusco mediante. Es necesario indicar que la encuesta del usuario interno no se realizó en años anteriores, se inició con la aplicación de una encuesta virtual, cuyos resultados están aún en fase de procesamiento de datos a nivel de GERESA Cusco

BASE LEGAL

- ✓ Ley N° 26842, Ley General de Salud
- ✓ Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud
- ✓ Ley N° 30895, Ley que fortalece la Función Rectora del Ministerio de Salud
- ✓ Ley N° 27867, Ley Orgánica de los Gobiernos regionales.
- ✓ Ley N° 27444, Ley General de Procedimientos Administrativos
- ✓ Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud
- ✓ Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Sistema de gestión de la Calidad en Salud"
- ✓ Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, que aprueba el documento técnico de "Política Nacional de Calidad en Salud"
- ✓ Resolución Ministerial 527-2011/MINSA, Guía técnica para la Evaluación de Satisfacción de Usuario Externo en los EESS y Servicios médicos de apoyo
- ✓ Resolución Directoral N°1289-2020-DRSC/OGRH la Directiva Sanitaria de Encuestas Rápidas de Satisfacción de Usuario para EESS del I, II y III Nivel de Atención del Ámbito de la Diresa Cusco aprobado el 27 de noviembre del 2020
- ✓ Decreto Supremo 002-2019.SA, Reglamento para la Gestión de Reclamos y Denuncias de los Usuarios de las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud - IAFAS, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPRESS y Unidades de Gestión de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - UGIPRESS, públicas, privadas o mixtas,
- ✓ Resolución de Superintendencia N° 030-2020-SUSALUD/S, "Clasificación, Lineamientos y Aplicativo Informático para la remisión de la Información de Reclamos de los Usuarios de las IAFAS, IPRESS o UGIPRESS"

OBJETIVO:

Objetivo General

Valorar del funcionamiento y conocer el nivel de desempeño del sistema de salud a través del principal actor los usuarios internos que laboran en los establecimientos de salud.

Objetivos Específicos

- Valorar y conocer el nivel de satisfacción e insatisfacción de los usuarios internos que laboran en los establecimientos de salud.
- Identificar los problemas más frecuentes asociados a la prestación de servicios de salud en IPRESS
- Fortalecer la implementación de acciones o proyectos para la mejora continua de la calidad en salud en base a los resultados obtenidos

MÉTODO Y CONTENIDOS:

Metodología:

Técnicas

- Encuesta virtual
- Capacitación

Herramienta

- Encuestas de Satisfacción de Usuario interno

Preparación de instrumento virtual de encuesta del usuario interno

- Comunicación del inicio de la encuesta virtual



- Socializar el instrumento virtual a los responsables de gestión de la calidad

Criterios de inclusión:

- Usuarios de salud de ambos sexos
- Mayores de 18 años de edad
- Usuarios de salud profesional y no profesional

Criterios de exclusión:

- Usuarios internos que no deseen participar en el estudio.
- Usuarios internos que se encuentren de vacaciones o descanso por salud u otro motivo

CONTENIDO:

Antes: Planificación de la aplicación de las encuestas de satisfacción del usuario de salud a los responsables según corresponda:

- Preparación del instrumento virtual de encuesta de satisfacción del usuario interno según GERESA Cusco.
- Proceso de convocatoria de los encuestadores internos en las IPRESS de las 6 microrredes.

Durante: Recolección y procesamiento de datos.

- Recolección de datos, se basa en la aplicación de las encuestas virtual en los 52 establecimientos de salud a los usuarios de salud.
- Procesamiento de datos a través de la transcripción de las encuestas.

Después: Análisis e interpretación de datos y socialización de resultados y toma de decisiones

- Análisis e interpretación de los resultados.
- Informe final identificando los factores que dan por resultado los usuarios insatisfechos y satisfechos
- Socialización de resultados al Comité de Gestión de la institución y el equipo de las áreas/departamento/unidades involucradas en la generación de insatisfacción, a fin de poder implementar acciones y toma de decisiones que puedan mejorar el servicio de forma inmediata
- seguimiento de los compromisos y recomendaciones asumidos en informe final

ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

Organizadores

- Oficina de Calidad

Participantes:

- Jefes/Responsables de gestión de la calidad de establecimientos 1-1, I-2, I-3 y 1-4
- Usuarios internos de salud

Fecha:

- setiembre 2025





Gerencia Regional de Salud Cusco

U.E. 401 Salud Canas Canchis Espinar

Dirección Atención Integral de Salud



"Año del "Año de la Recuperación y Consolidación de la Economía Peruana"

ACTIVIDAD	U. M. AC	META	TAREA	set
Evaluación de la satisfacción del usuario interno en los establecimientos de salud	informe	1	Identificación y capacitación de responsable de encuesta de satisfacción usuario interno	X
	informe	1	recolección procesamiento y envío de datos al inmediato superior	X
	informe	1	envío de informe de satisfacción del usuario interno	X

PRESUPUESTO

- Programas presupuestales – previa coordinación

Fuente de Financiamiento recursos ordinarios

META	ESPECIFICA DE GASTO	DETALLE	CANTIDAD	COSTO
00001	23 2 1 299 Otros gastos	Movilidad	3	120.00
Total, Financiamiento				S/.120.00





Gerencia Regional de Salud Cusco

U.E. 401 Salud Canas Canchis Espinar

Dirección Atención Integral de Salud



"Año del "Año de la Recuperación y Consolidación de la Economía Peruana"

TERMINO DE REFERENCIA

g. AUTOEVALUACION PARA LA ACREDITACION DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE LA UNIDAD EJECUTORA 401 SALUD CANAS CANCHIS ESPINAR AÑO FISCAL 2025

POBLACION OBJETIVO: Comité de Gestión de los órganos desconcentrados, Equipo Técnico de los Órganos de Línea, Órgano Asesor y Órganos de Apoyo.

PRODUCTO: Informe del grado de cumplimiento de estándares definidos a nivel nacional de las capacidades para brindar prestaciones de calidad en los establecimientos de salud.

ACTIVIDAD: Análisis en Gabinete, reunión técnica de apertura de la autoevaluación con el equipo de evaluadores internos, aplicación del listado de Estándares de Acreditación se constituye como el único instrumento para la evaluación periódica de los elementos relacionados con la calidad – estructura, procesos y resultados, que deben cumplir los establecimientos de salud, para acreditarse, informe a la Dirección General de las conclusiones y Recomendaciones, seguimiento del cumplimiento de las recomendaciones.

CÓDIGO: Responde al POI, Plan de Trabajo de la Oficina de Gestión de la Calidad; Matriz 01:

Programa: 9001 Acciones Centrales, Producto: 3999999 Sin producto, Actividad: 50000006 Actividad acción de control y Auditoria, Código subproducto AOI00112900774 Subproducto Gestión de la Acreditación de EE.SS. SMA

INST. RESPONSABLE: Dirección de Atención Integral, oficina de Gestión y Calidad Sanitaria, equipo de acreditación y evaluadores internos para autoevaluación.

FTE DE FINANCIAMIENTO: RO

CALENDARIO: julio y agosto 2025

I. FUNDAMENTACIÓN:

Antecedentes

El proceso de Autoevaluación para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, en nuestro país es de carácter obligatorio, cuyo propósito es tener conocimiento del cumplimiento de estándares en la provisión de servicios de salud, sin embargo, la coyuntura sanitaria actual nos obliga a priorizar dicho proceso, focalizándonos en el Sub Sector Público de Salud del Gobierno Regional de Cusco, para dicho efecto se estableció un muestreo no probabilístico intencionado, que sea representativo en la totalidad de niveles y categorías de los establecimientos de salud, que en suma fueron 80 establecimientos de salud de los 346, considerando los criterios de exclusión de los establecimientos de salud que no cuentan con estándares específicos para la categoría que ostenta, como también se excluye los establecimientos de salud que no cumplieron con los procedimientos para la autoevaluación.

Los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo autoevaluados representan el 23% de la totalidad de Establecimientos de salud del subsector -Gobierno Regional y el 10.1% de los establecimientos de salud del sector salud del ámbito de la Región Cusco. El cumplimiento de los estándares en los tres niveles de atención del ámbito del subsector -Gobierno Regional Cusco-, están por debajo del 85% de cumplimiento de los



Gerencia Regional de Salud Cusco

U.E. 401 Salud Canas Canchis Espinar

Dirección Atención Integral de Salud



"Año del "Año de la Recuperación y Consolidación de la Economía Peruana"

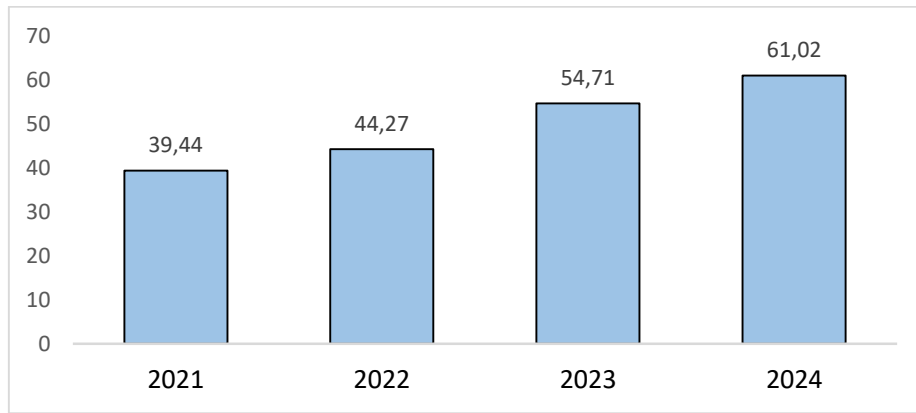
estándares determinados por la norma técnica de Acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo.

Se identificó 19 Macroprocesos, 60 estándares y 254 criterios evaluados en el primer nivel de atención, que están comprendidos en las tres categorías, Direccionamiento, Prestacional y de Apoyo.

Finalmente es necesario realizar la autoevaluación para poder evaluar el cumplimiento de los estándares e identificar las oportunidades de mejora que serán abordado a través de acciones, programas, proyectos o planes de mejora y que luego podamos acceder a la evaluación externa y lograr la Acreditación progresiva de los Establecimientos de Salud del Ámbito de la Micro Red Yauri.

GRAFICO Nro. 09

Resultados del desempeño de cumplimiento General U.E. 401 SCCE. 2021 - 2024



Fuente: base de datos Aplicativo de Autoevaluación – Dirección SGCS. GERESA Cusco

Interpretación: Como se observa en el grafico 01 el puntaje final de la Autoevaluación calculado mediante el aplicativo es igual a 61.02% (NO aprobado), en relación al año 2023 se ha incrementado en 6.31 puntos.

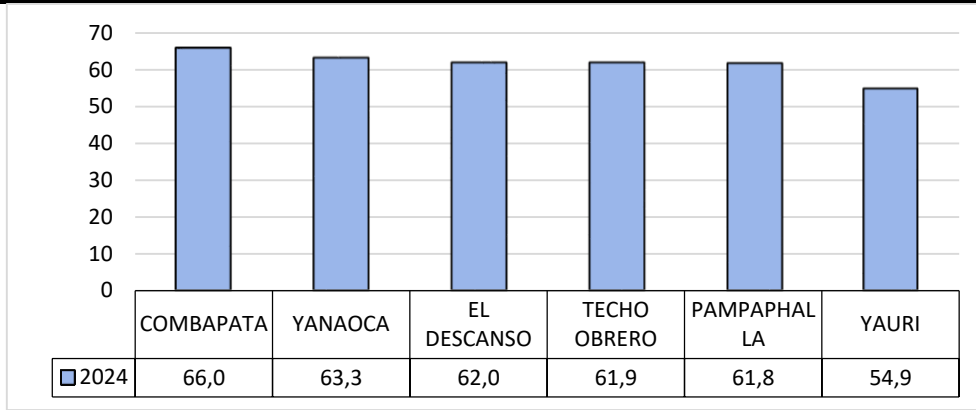
Según la NT Nro. 050-MINSA/DGSP-V.02. para obtener un puntaje aprobatorio el puntaje debe ser mayor o igual a 85% del cumplimiento del total de criterios establecidos en el Listado de Estándares de Acreditación.

También mencionar que hay tres Macroprocesos que no se evalúan en el primer nivel de atención, que son el Macroproceso 11 (Atención quirúrgica), 12(Docencia e Investigación) y 20 (Nutrición y Dietética).

Gráfico N° 05

Resultados del desempeño de cumplimiento por Micro Red U.E. 401 SCCE. 2021 - 2024

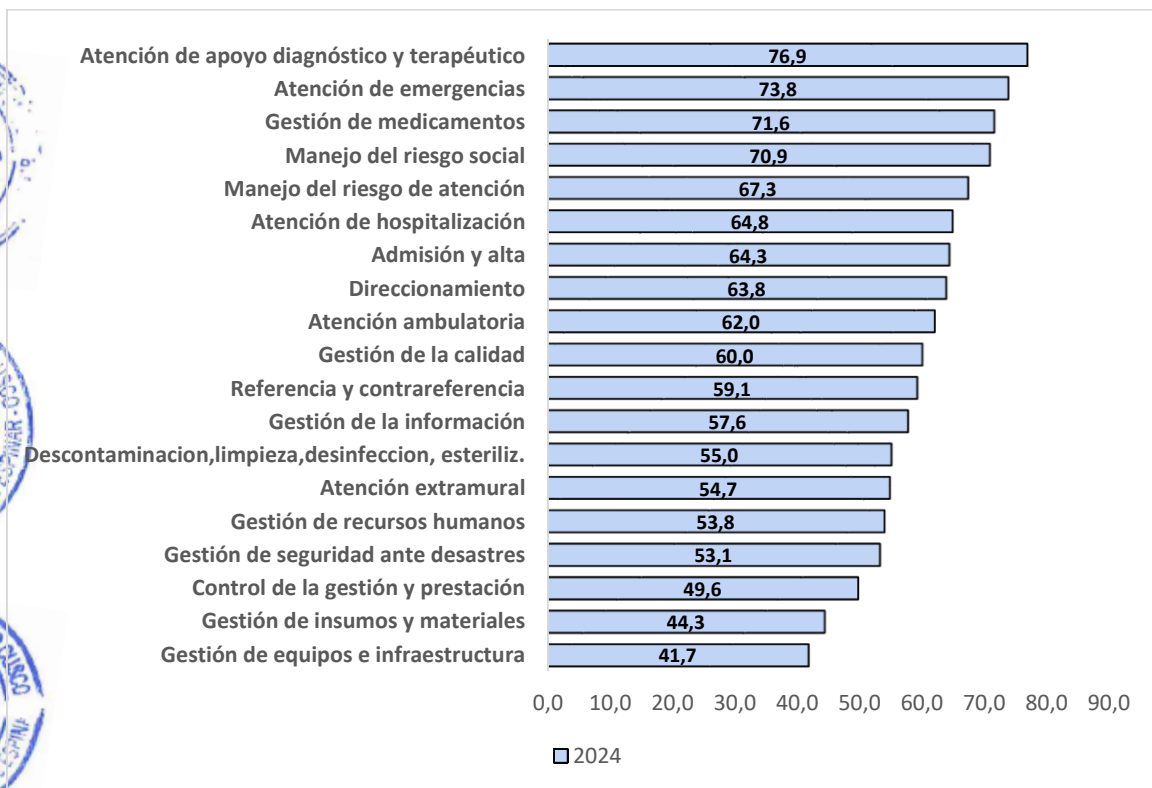
"Año del "Año de la Recuperación y Consolidación de la Economía Peruana"



Fuente: base de datos Aplicativo de Autoevaluación – Dirección SGCS. GERESA Cusco

Se observa en el presente gráfico, en el año 2024, las Microrredes que obtuvieron un puntaje superior a 60% son cinco, Combapata (66.0), Yanaoca (63.3), El Descanso (62.0), Techo Obrero (61.9), Pampaphalla (61.8) y el que menor desempeño tiene es Yauri (54.9) según análisis se evidencia que es la Microred yauri que presenta y menor desempeño, por la inequidad que existe en la distribución del recurso humano por lo tanto se deberá realizar un mayor seguimiento a los diferentes gestores de las IPRESS de la U.E. 401 SCCE. El mismo que debe ser abordado como una tarea permanente por la Alta Dirección, DAIS y los diferentes direcciones y jefaturas de oficinas de la parte administrativa como de las IPRESS en lo asistencial

Gráfico N° 07
Resultados del desempeño de cumplimiento según Macroprocesos.
U.E. 401 SCCE. 2024



Fuente: base de datos Aplicativo de Autoevaluación – Estadística. RSCE

Se puede observar en el presente grafico el resultado de autoevaluación del año 2024, Los Macroprocesos con mejor desempeño se encuentra, Atención de apoyo diagnóstico y terapéutico (76,9) Atención de emergencias (73,8) Gestión de medicamentos (71,6) Manejo del riesgo social (70,9), mientras con un mediano desempeño tenemos a Manejo del riesgo de atención (67,3) Atención de hospitalización (64,8) Admisión y alta (64,3) Direccionamiento (63,8) Atención ambulatoria (62,0) Gestión de la calidad (60,0) Referencia y contrareferencias (59,1). Con un desempeño menor al 50% se ubica a Gestión de la información (57,6) Descontaminación, limpieza, desinfección, esterilización. (55,0) Atención extramural (54,7) Gestión de recursos humanos (53,8) Gestión de seguridad ante desastres (53,1) Control de la gestión y prestación (49,6) Gestión de insumos y materiales (44,3) Gestión de equipos e infraestructura (41,7)

Justificación

El Documento Técnico "Sistema de gestión de la Calidad en Salud", en su componente de Garantía y Mejora establece la implementación del proceso de acreditación de los servicios de salud; así como el documento técnico de "Política Nacional de Calidad en Salud" en su séptima política, plantea como objetivo, mejorar la calidad de la atención de salud de manera sistemática y permanente a través de la aplicación de la estrategia de acreditación de establecimientos y servicios médicos de apoyo.

La Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo", establece que la acreditación de servicios de salud debe estar incorporado en los planes operativos institucionales y que se debe realizar la fase inicial con el proceso de autoevaluación en los establecimientos de salud.

El nivel nacional estableció los criterios técnicos para definir los indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios a cumplir en el año 2022, donde incorporan la autoevaluación como indicador de proceso de mejora para el presente ejercicio fiscal.

La U.E. 401 SCCE, incorporó el proceso de autoevaluación en Plan de trabajo de Gestión de la Calidad, para el presente ejercicio fiscal, en concordancia a las disposiciones de la GERESA y las normas Nacionales.

Base Legal:

- Ley N° 26842, Ley General de Salud
- Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud
- Ley N° 30895, Ley que fortalece la Función Rectora del Ministerio de Salud
- Ley N° 27867, Ley Orgánica de los Gobiernos regionales.
- Ley N° 27444, Ley General de Procedimientos Administrativos
- Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud
- D.S. N° 013-2006-SA, que aprueba el "reglamento de Establecimientos de Salud y de Servicios Médicos de Apoyo
- R.M. N° 405-2005/MINSA, Reconocen que las Direcciones Regionales de Salud Constituyen la Única Autoridad de Salud en cada Gobierno regional
- R.M. N° 519-2006/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Sistema de gestión de la Calidad en Salud"
- R.M. N° 727-2009/MINSA, que aprueba el documento técnico de "Política Nacional de Calidad en Salud"



R.M. N° 2007/MINSA, que aprueba la NTS N°050-MINSA/DGSP V 02 "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo"

- R.M. N° 072-2008/MINSA, que modifica la NTS N°050-MINSA/DGSP V 02 respecto a los miembros de las Comisiones sectoriales de Acreditación de Servicios de Salud

R.M. N° 270-2009/MINSA, que aprueba la "Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios médicos de Apoyo"

- R.M. N° 370-2009/MINSA, Aprobar la Directiva Administrativa N°151-MINSA/DGSP-V.01 "Directiva Administrativa que Regula la Organización y Funciones de las Comisiones Sectoriales de Acreditación de Servicios de Salud"

- D.S. N° 036-2023-SA, que establece los criterios técnicos para definir los indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios a cumplir en el año 2024.

OBJETIVO:

1. Determinar el grado de cumplimiento de los Macroprocesos, Procesos, Estándares y Criterios establecidos en la Norma Técnica de Acreditación de Servicios de Salud, a través de la autoevaluación en los establecimientos de salud de la jurisdicción de la U.E. 401 SCCE. Priorizado para el ejercicio fiscal 2024.

METODO/CONTENIDO:

Prioridades:

- **Perspectiva de Intervención Sanitaria** (Atención Integral de Salud basado en la persona,
- **Perspectiva de Riesgos en la Población:**
 - o Mortalidad Prematura y altamente Prevenible con la intervención Sanitaria (M. Perinatal, Materna y Neonatal...)
 - o Morbilidad por enfermedades prevenibles (Desnutrición, Anemia, EPI, Metaxenicas, Trasmisibles, No Transmisible, salud Mental).

Es transversal La Atención Integral Basado en la Familia y Comunidad, Mejora Continua, Redes Integradas de Prestación de Servicios de Salud, Interculturalidad, Derechos del Usuario, Acceso a los Servicios de Salud, Control Social.

- **Perspectiva Organizacional:**
 - o Red de Servicios de Salud Sede, Micro Redes. Hospitales del Nivel II.

Organización:

✓ **Antes,** Se inicia con la planificación de evaluación por parte del equipo de evaluadores internos con la participación del equipo de salud: La responsable de Gestión de la Calidad deberá comunicar a la Dirección Ejecutiva de La Unidad Ejecutora 401 SCCE., el inicio del proceso de autoevaluación y esta instancia a su vez comunicará a la Gerencia Regional de Salud Cusco.

✓ **Durante,** Reunidos con el Equipo de Gestión del órgano Desconcentrado se desarrollará una exposición breve Presentación y socialización de los estándares de acreditación al personal del establecimiento de salud, La implementación de las acciones de autoevaluación se utilizará las técnicas: Verificación de las evidencias (documentos, instrumentos, normas, actas, informes, etc)

Observación directa de los procesos que requieran





Gerencia Regional de Salud Cusco

U.E. 401 Salud Canas Canchis Espinar

Dirección Atención Integral de Salud



"Año del "Año de la Recuperación y Consolidación de la Economía Peruana"



Entrevistas

Encuestas

Evaluación de registro de la Historia Clínica

El instrumento que se empleará durante la autoevaluación será el listado de estándares de acreditación aprobados y vigentes

Después, La oficina de Gestión de la Calidad deberá comunicar a la Dirección Ejecutiva del Hospital Regional Cusco, el fin del proceso de autoevaluación y remitir el Informe Técnico correspondiente..

FECHA: julio y agosto 2025

PARTICIPANTES:

Conformación de evaluadores internos para acreditación de establecimientos de salud aprobados mediante R.D.

CRONOGRAMA DE SUPERVISION.

Adjunto en anexo

VI. PRESUPUESTO:

NOMBRE CLASIFICADOR		AUTOEVALUACION PARA ACREDITACION DE EE.SS.	PRESUPUESTO REQUERIDO
COMISION DE SERVICIOS - VIATICOS LOCALES	2.3. 2. 1. 2. 2	30 viáticos	3,840.00
TRASLADO PERSONAL MOVILIDAD LOCAL - SERVICIO URBANO	2.3. 2 1. 2 99	90 movilidad	3,600.00
PAPELERIA EN GENERAL, UTILES Y MATERIALES DE OFICINA	2.3. 1. 5. 1. 2	papel bond 10 ptes anillos 50 tapas 100	246.00
COMBUSTIBLES Y CARBURANTES	2.3. 1. 3. 1. 1	Diesel 87 gal Gasohol 24 gal	2,220.00
SERVICIO DE ALIMENTACION DE CONSUMO	23 2 711 5	Almuerzo 185	3,700.00
LIBROS, DIARIOS, REVISTAS Y OTROS BIENES IMPRESOS NO VINCULADOS A ENSEÑANZA	2.3. 1.99. 1. 3	Toner de impresión 1	400.00
TOTAL			14,006.00





Gerencia Regional de Salud Cusco

U.E. 401 Salud Canas Canchis Espinar

Dirección Atención Integral de Salud



"Año del "Año de la Recuperación y Consolidación de la Economía Peruana"

ANEXO: CRONOGRAMA DE AUTOEVALUACION RSCCE – 2025

MICRO RED	IPRESS A SUPERVIZAR	Abril	RESPONSABLES
YAURI	YAURI		RCCE (2)
	COPORAQUE		RCCE (2)
	URINSAYA		RCCE (2)
	PALLPATA		RCCE (1)
	ACCOCCUNCA		RCCE (1)
	CS MENTAL COMUNITARIO		RCCE (1)
	CONDOROMA		RCCE (1)
	OCCORURO		MICRORRED
	SAN MIGUEL		MICRORRED
	PICHIGUA		MICRORRED
	TINTAYA MARQUIRI		MICRORRED
	HUAYHUAHUASI		MICRORRED
	SUYKUTAMBO		MICRORRED
	HOSPITAL ESPINAR		RCCE (2)
EL DESCANSO	EL DESCANSO		RCCE
	CHECCA		MICRORRED
	CHITIBAMBA		MICRORRED
YANAOCA	YANAOCA		RCCE
	HAMPATURA		RCCE
	QUEHUE		RCCE
	CCOCHAPATA		RCCE
	TUNGASUCA		RCCE
	PONGOÑA		MICRORRED
	PAMPAMARCA		MICRORRED
	HUINCHIRI		MICRORRED
	SURIMANA		MICRORRED
	TOCCOCCORI		MICRORRED
TECHO OBRERO	TECHO OBRERO		RCCE
	LAYO		RCCE
	LANGUI		RCCE
	CONDEVILUYO		RCCE
	HERCCA		MICRORRED
	OCCOBAMBA		MICRORRED
	CCUYO		MICRORRED
	MARANGANI		MICRORRED
	CHECTUYOC		MICRORRED
	PAMPAPHALLA	PAMPAPHALLA	
SANTA BARBARA			RCCE
PHINAYA			RCCE
CS MENTAL COMUNITARIO			RCCE
UZCUPATA			RCCE
SAN PEDRO			MICRORRED
SAN PABLO			MICRORRED
LA FLORIDA			MICRORRED
QUEHUAR)			MICRORRED
HOSPITAL SICUANI			RCCE
COMBAPATA	COMBAPATA		RCCE
	PITUMARCA		RCCE
	TINTA		RCCE
	CHECACUPE		MICRORRED
	MOSOCLLACTA)		MICRORRED
	CHIARA		MICRORRED





Gerencia Regional de Salud Cusco

U.E. 401 Salud Canas Canchis Espinar

Dirección Atención Integral de Salud



"Año del "Año de la Recuperación y Consolidación de la Economía Peruana"

TERMINO DE REFERENCIA

h. SUPERVISION INTEGRAL A LOS ORGANOS DESCONCENTRADOS DE LA UNIDAD EJECUTORA 401 SALUD CANAS CANCHIS ESPINAR AÑO FISCAL 2025

POBLACION OBJETIVO: Comité de Gestión de los órganos desconcentrados, Equipo Técnico de los Órganos de Línea, Órgano Asesor y Órganos de Apoyo.

PRODUCTO: Informe del grado de cumplimiento de las Funciones y Competencias de la Dirección de Atención Integral en Salud e IPRESS.

ACTIVIDAD: Análisis en Gabinete, reunión técnica de apertura de la supervisión con el equipo de gestión del órgano desconcentrado supervisado, aplicación de los instrumentos de supervisión, socialización de los resultados de la supervisión, informe a la Dirección General de las conclusiones y Recomendaciones, seguimiento del cumplimiento de las recomendaciones.

CÓDIGO: Responde al POI, Plan Táctico de la Dirección de Gestión Calidad Sanitaria; Matriz N° 1 PPR, OG 1;

Responde al POI, Plan de Trabajo de la Oficina de Gestión y Calidad Sanitaria; Matriz 01 PPR, OG 1:

Programa: 1001 Productos Específicos Para Desarrollo Infantil Temprano, **Producto:** 3000001, **Actividad:** 5004426, Finalidad 0044276

Programa: 0002 Salud Materno Neonatal, **Producto:** 3000001, **Actividad:** 5004430, Finalidad 0044277

Programa: 0016 TBC-VIH/SIDA **Producto:** 3000001, **Actividad:** 5004433, Finalidad 0043950

Programa: 0017 Enfermedades Metaxenicas y Zoonosis, **Producto:** 3000001, **Actividad:** 5000085, Finalidad 0043975

Programa: 0018 Enfermedades No Transmisibles, **Producto:** 3000001, **Actividad:** 5004452, Finalidad 0043985

Programa: 0024 Prevención y Control de Cáncer, **Producto:** 3000001, **Actividad:** 5004441, Finalidad 0044192

Programa: 0068 Reducción de Vulnerabilidad y Atención de Emergencias por Desastres, **Producto:** 3000001, **Actividad:** 5004480, Finalidad 106777

Programa: 0104 Reducción de la Mortalidad por Emergencias y Urgencias Médicas, **Producto:** 3000001, **Actividad:** 5005138, Finalidad 0136007

Programa: 0129 Prevención y Manejo de Condiciones Secundarias en personas con Discapacidad, **Producto:** 3000001, **Actividad:** 5005145, Finalidad 0136013

Programa: 0131 Control y Prevención en Salud Mental, **Producto:** 3000001, **Actividad:** 5005183, Finalidad 0136775

Programa: 1002 Productos Especificos Para la Reducción de la Violencia Contra la Mujer.

Programa: 0121 Control y Prevención en Salud Mental, **Producto:** 3000001, **Actividad:** 5005183, Finalidad 0136775

INST. RESPONSABLE: Dirección de Atención Integral, oficina de Gestión y Calidad Sanitaria





Gerencia Regional de Salud Cusco

U.E. 401 Salud Canas Canchis Espinar

Dirección Atención Integral de Salud



"Año del "Año de la Recuperación y Consolidación de la Economía Peruana"



FTE DE FINANCIAMIENTO: RO
CALENDARIO: abril 2025

I. FUNDAMENTACIÓN:
Antecedentes



La Gestión Sanitaria, cuenta con cuatro pilares fundamentales: Organización, Planificación, Ejecución y el Control de la Gestión. Cada uno de los pilares tiene su propia dinámica de implementación, sin embargo, deben estar articulados en una organización, para efectos de poder evidenciar los resultados.



Por otro lado, la gestión sanitaria se puede clasificar en tres componentes como: **la Macro Gestión**, que comprende la generación de políticas públicas y políticas de gestión institucional, control de la falla de mercado, controlar todas estas acciones le corresponde a la DIRESA); **Gestión**, es desarrollado fundamentalmente por las Unidad Ejecutora 401 Salud Canas Canchis Espinar, a través de la implementación de los Sistemas Administrativos y poner a disposición los recursos, tecnologías, herramientas y normas a disposición de los prestadores de servicios de salud, y finalmente, comprende la entrega de servicios de salud a la persona, familia y comunidad con las acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación

Comunidad con las acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación, todas estas acciones son desarrollados por los prestadores de servicios en los diferentes establecimientos de salud.

El control de la gestión, está comprendido principalmente por la Supervisión, el Monitoreo, la Evaluación, la Fiscalización y la Auditoría. En ese contexto, nos corresponde abordar sólo el componente de Monitoreo de la Gestión Sanitaria.

Los marcos normativos que precisan el abordaje, son: el Reglamento de Organización y Funciones, las normas emitidas por el Nivel Nacional (parte del Ministerio de Salud- Modelo de Atención Integral, Estrategias Sanitarias, Programas Presupuestales-).

Se desarrollaron esfuerzos para implementar el proceso de supervisión en el ámbito Unidad Ejecutora 401 Salud Canas Canchis Espinar, para lo cual se tomó en cuenta las herramientas y los procedimientos de la Norma Técnica de "Supervisión Integral", aprobada con Resolución Ministerial.

En el ámbito de la UE 401 SCCE , los avances de la supervisión integral de salud a los órganos desconcentrados (Micro Redes) se desarrollaron a partir del año 2013 en estos años se salían esporádicamente no siendo hacia para los años 2014 hasta el año 2019 las supervisiones se cumplían de acuerdo a un plan de supervisiones aprobadas con resolución directoral. Cabe recalcar que siempre existe en algunos equipos que no cumplimos las fechas designadas según plan, por las múltiples actividades que tienen a su cargo cada uno de los integrantes, sin embargo se da cumplimiento en otras fechas frente a la coyuntura de la pandemia que se atraviesa en la actualidad Es concordante la irregularidad en la supervisión integral, por la incorporación en los criterios de programación de los programas presupuestales, la supervisión integral por cada una de ellas, lo que conllevó a una atomización en el proceso de supervisión, en este contexto se muestra algunos resultados realizados a los órganos descentralizados

Durante el año fiscal 2023, los resultados obtenidos en la visita de Supervisión Integral destacan el desempeño de las 06 Micro redes como promedio alcanzado fue de 41%, con una valoración cualitativa **"Deficiente"**.





Gerencia Regional de Salud Cusco

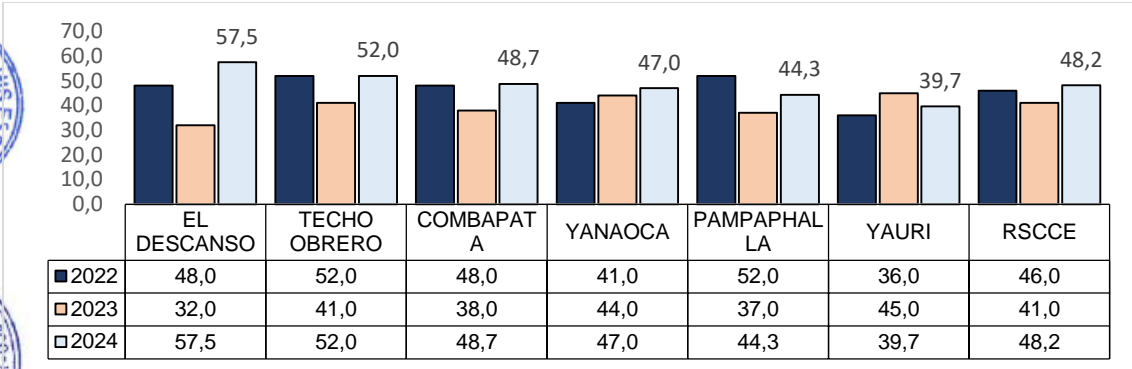
U.E. 401 Salud Canas Canchis Espinar

Dirección Atención Integral de Salud



"Año del "Año de la Recuperación y Consolidación de la Economía Peruana"

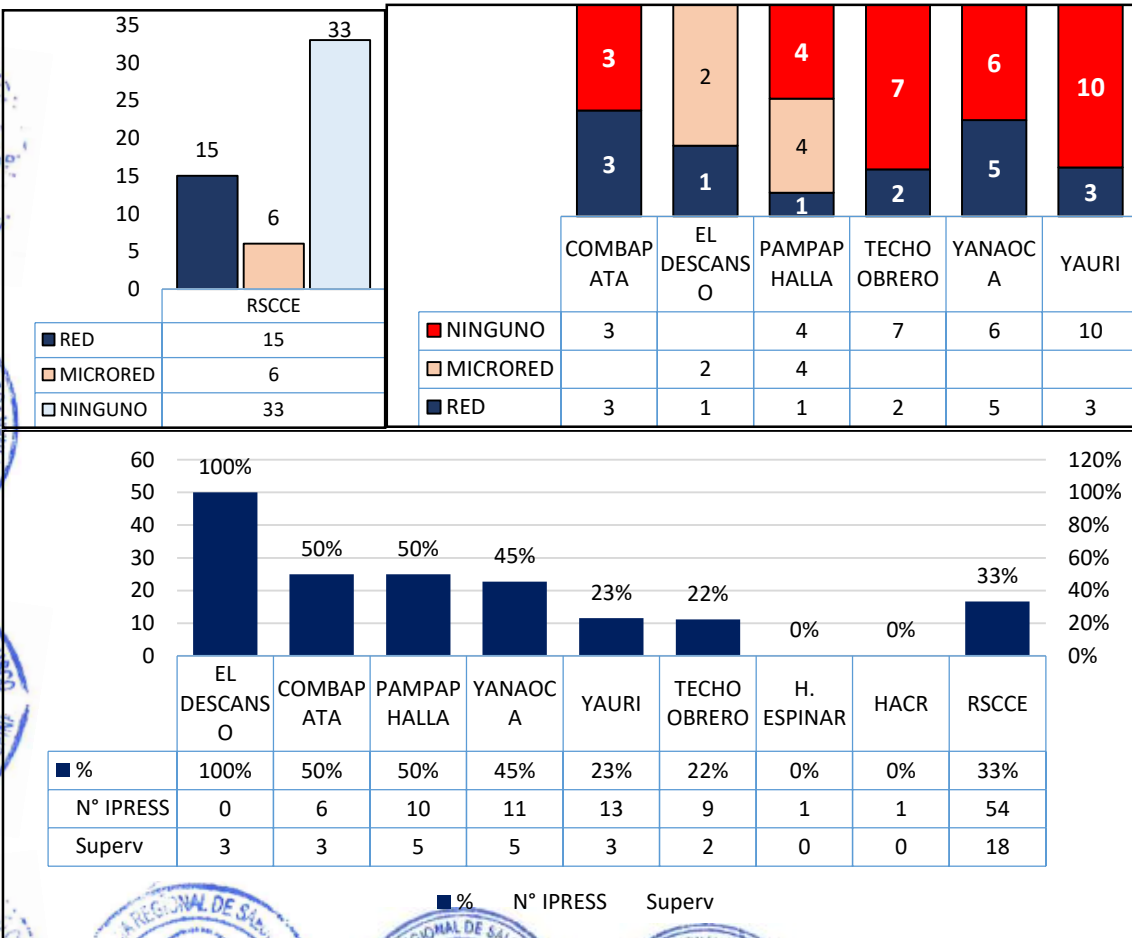
Grafico N° 01
Porcentaje de Desempeño de Supervisión Integral por Microrredes
2022 - 2024



Fuente: Informe anual de supervisión: Tablero de control del programa OGCS – 2022 al 2024

El grafico muestra los resultados siguientes por microrredes en el año 2024 quien mejor desempeño presenta es el Descanso (57.5%) y con porcentajes bajos son Pampaphalla (44.3%) y Yauri (39.7%), si se analiza las causas observamos que el descanso cuenta con 3 IPRESS y a nivel de microrred se realiza seguimiento sin embargo en yauri, existe dificultades con la jefatura de microrred que el año 2024, no contaba con una jefatura oficial, lo que no permite cumplir con las actividades programadas.

Grafico N° 02
Porcentaje de Desempeño de supervisión Integral por Microrredes
2022 - 2024



Fuente: Informe anual de supervisión: Tablero de control del programa OGCS – 2022 al 2024



Gerencia Regional de Salud Cusco

U.E. 401 Salud Canas Canchis Espinar

Dirección Atención Integral de Salud



"Año del "Año de la Recuperación y Consolidación de la Economía Peruana"

En el presente grafico se aprecia que del total de IPRESS (54) incluidos hospitales, en el año 2024, solo se llegó a supervisar al 33% de establecimientos de salud, por microrredes solo El descanso llego a todos sus establecimientos, Combapata y Pampaphalla solo el 50% fueron supervisados, yauri y techo obrero son los que tienen ipress menos visitadas, si evaluamos la intervención a hospitales, no se cumple con realizar la supervisión a estos establecimientos.

Cuadro N° 04
Porcentaje de Desempeño de supervisión Integral según Curso de Vida por Microrredes 2022 – 2024

MICRO RED	2022	2023	2024	INTERVENCION ASISTENCIA C.V 2024					
				NIÑO.	ADOLESCENTE.	JOVEN,	ADULTO,	ADULTO MAYOR,	GESTANTE,
COMBAPATA	40,0	31,0	53,7	79,3	68,3	37,0	28,7	23,3	52,7
EL DESCANSO	52,0	34,0	39,0	50,0	47,0	44,0	58,0	30,0	90,0
PAMPAPHALLA	40,0	25,0	46,3	63,2	46,0	23,4	24,4	33,0	57,6
TECHO OBRERO	38,0	43,0	47,5	60,0	19,0	47,5	40,0	45,5	82,5
YANAOCA	34,0	51,0	42,4	68,6	27,8	43,2	29,2	28,8	74,0
YAURI	26,0	37,0	44,3	78,7	15,0	42,7	51,7	48,3	40,0
RSCCE	39,0	38,0	44,5	68,6	37,1	37,4	34,1	33,9	62,7

Fuente: Informe anual de supervisión: Tablero de control del programa OGCS – 2022 al 2024

En el presente cuadro podemos observar que en comparación al año 2023 el presente año 2024 se incrementó en 6.5 puntos, a nivel de la RSCCE por cursos de vida en el año 2024, con mejor desempeño se encuentran, niño(68.6%) y gestante (62.7%), los que presentan bajo nivel de desempeño son el CV adolescente (37.1%), joven (37.4%), adulto (34.1%) y adulto mayor (33.9%), estos porcentajes son resultado de la evaluación de historias clínicas por curso de vida en el cual se observó que existe deficiencias en el manejo de HCL. Punto que deberá ser priorizado para la mejora del proceso de atención, fortaleciendo al personal de salud en a través de auditoría de calidad de la atención, y la supervisión y monitoreo permanente de los responsables de programas presupuestales.

Justificación

La Supervisión como herramienta de gestión para mejorar la calidad de los servicios de salud, en forma ordenada y sistemática permitiendo identificar problemas, plantear acciones correctivas oportunamente y evaluar el efecto de las mismas en beneficio del usuario externo. En este contexto se implementa la Supervisión Integral en el ámbito de la Unidad ejecutora 401 Salud Canas Canchis Espinar hacia las Micro redes y establecimientos de salud I-4 al I-1 considerando seis componentes a evaluar: Organización, Planificación, Ejecución presupuestal, Acceso y mejoramiento continuo, ejecución de los programas presupuestales y evaluación, monitoreo y supervisión.

La supervisión integral es realizada por profesionales de salud y administrativos con competencias en los procesos de supervisión integral de Unidad Ejecutora 401SCCE, interviniendo en los componentes antes mencionados; a través del instrumento de supervisión, sistematizado en un aplicativo informático cuyos resultados son publicados socializados en forma descentralizada en las 6 micro redes el ámbito de la red. Para el año fiscal 2024 se llevó a cabo las supervisiones con dificultades, por la ejecución presupuestal que demando tiempo extra a los integrantes de los equipos de supervisión.

Base Legal:

- Ley 22642 ley General de Salud
- Ley 27657 ley del Ministerio de Salud
- RM N° 519-2006 Sistema de Gestión de la Calidad en Salud





Gerencia Regional de Salud Cusco

U.E. 401 Salud Canas Canchis Espinar

Dirección Atención Integral de Salud



"Año del "Año de la Recuperación y Consolidación de la Economía Peruana"



- RM N° 502-2016/MINSA, Norma Técnica N° 029-MINSADSGPV.02 Norma Técnica de Auditoria de calidad de Atención en Salud.
- RM N°672-2009/MINSA que aprueba la Directiva Administrativa N° 158-MINSA/DGSP-V.01 "Directiva Administrativa de Supervisión Integral a Direcciones de Salud y Direcciones Regionales de Salud.
- RM. N° 876-2009MINSA, "Guía Técnica para el Supervisor nacional en Salud. Documento Técnico: Modelo de Atención Integral de Salud Basado en Familia y Comunidad. Ministerio de Salud N°. 464-2011/MINSA. Dirección General de Salud de las Personas. Secretaria Técnica Comisión de Renovación del MAIS-BFC. LIMA: [Internet]. LIMA: MINSA; 2011 [Actualizado 2011; Citado 12 febrero 2016]. Disponible en: <http://determinantes.dge.gob.pe/archivos/1880.pdf>
- Ley N°. 28411: Ley General del Sistema Nacional de Presupuesto. LIMA: [Internet]. LIMA: 2004 [Actualizado 2015; Citado 15 febrero 2016].
- NT N°. 035 MINS/DGSP V.01 Norma Técnica de Supervisión Integral. Resolución Ministerial N°. 669-2005/MINSA. Ministerio de Salud- Lima: *Ministerio de Salud*, 2005. 138.

OBJETIVO:

1. Fortalecer la calidad de acompañamiento y el control de la Gestión Institucional que realizan los equipos de supervisión, a través del desarrollo de la "supervisión Integral" a los órganos desconcentrados durante el ejercicio fiscal 2024.
2. Mejorar los procesos gerenciales y técnicos relacionados a la prestación de servicios.
3. Fortalecer los conocimientos, actitudes y habilidades del personal para mejorar el desempeño de sus labores y brindar asistencia técnica.
4. Fortalecer las actividades de gestión, atención integral y estratégicos.
5. Realizar esfuerzos conjuntos para la satisfacción del usuario externo e interno.

METODO/CONTENIDO:

Prioridades:

- **Perspectiva de Intervención Sanitaria** (Atención Integral de Salud basado en la persona,
- **Perspectiva de Riesgos en la Población:**
 - o Mortalidad Prematura y altamente Prevenible con la intervención Sanitaria (M.
 - o Perinatal, Materna y Neonatal...)
 - o Morbilidad por enfermedades prevenibles (Desnutrición, Anemia, EPI, Metaxenicas, Trasmisibles, No Transmisible, salud Mental).

Es transversal La Atención Integral Basado en la Familia y Comunidad, Mejora Continua, Redes Integradas de Prestación de Servicios de Salud, Interculturalidad, Derechos del Usuario, Acceso a los Servicios de Salud, Control Social.

- **Perspectiva Organizacional:**
 - o Red de Servicios de Salud Sede, Micro Redes. Hospitales del Nivel II.

Organización:

- ✓ **Antes**, Análisis en gabinete de la información disponible con la respectiva identificación de posibles oportunidades de mejora y alternativas de solución. Se desarrolla el proceso de identificación, medición, comparación, juicio de valor y selección de prioridades u oportunidades de mejora, utilizando las





Gerencia Regional de Salud Cusco

U.E. 401 Salud Canas Canchis Espinar

Dirección Atención Integral de Salud



"Año del "Año de la Recuperación y Consolidación de la Economía Peruana"

herramientas, instrumentos y aplicativos que se están implementando en la actualidad en el nivel nacional y regional. Le da un valor agregado incorporar evidencias publicadas en entidades públicas, universidades o centros de investigación a nivel Mundial, Regional y Sub Regional.

El Análisis está Circunscrito en los siguientes Componentes:

- **Componente de Organización:** Esta comprendido por 04 estándares, relacionados a la implementación del MOF, Gestión de la Historia Clínica y FUAS, Sistema de Referencia y Contra-referencia, y la implementación de las herramientas/ instrumentos de recolección de información: HIS
- **Componente de Planificación:** Comprenden 02 estándares, relacionados a la planificación operativa para el presente año fiscal y la programación/ Formulación de metas físicas y presupuestales, para el año fiscal 2021
- **Componente de Ejecución Presupuestal:** Consta de 05 estándares, relacionados a la ejecución presupuestal, por toda fuente de financiamiento y genérica de gasto, con énfasis en algunos bienes y servicios de mayor trascendencia.
- **Componentes de Acceso y Mejoramiento Continuo:** Consta de 04 estándares, relacionados a la afiliación y atención de los asegurados al SIS, la disponibilidad de medicamentos esenciales y la valoración de la aplicación de las guías de práctica clínica.
- **Componente de Ejecución de los Programas Presupuestales:** está comprendido por 22 estándares, relacionados a la implementación de todos los programas presupuestales y las estrategias sanitarias.
- **Componente de Evaluación, Monitoreo y Supervisión:** Consta de 04 estándares, relacionados a los indicadores de desempeño y convenios, la toma de decisiones por parte de los comités de Gestión.

✓ **Durante,** Reunidos con el Equipo de Gestión del órgano Desconcentrado se desarrollará una exposición breve del TDR, los Resultados del análisis en gabinete, las herramientas de supervisión, aplicación de los instrumentos, procesamiento de los datos, generación de información, contraste con los resultados en gabinete y en el servicio, identificación de oportunidades de mejora, probables/ alternativas de solución, firma de acuerdos y compromisos. Los resultados obtenidos en el antes (en gabinete) son contrastados en los servicios y la información faltante son complementados en el durante con el respectivo intercambio de conocimientos y si es necesario de una asistencia técnica específica.

Se da continuidad a la aplicación del enfoque sistémico en el Durante (incluye para la generación de información, identificación de oportunidades de mejora, alternativas de solución, acuerdos/ compromisos).

✓ **Después,** informe dirigido a la alta dirección de las conclusiones, recomendaciones/ compromisos, identificación de órganos estructurados y funcionales responsables del seguimiento, Con un plazo no mayor de 7 días después de la supervisión.

La estructura básica del informe es: Dirigido a, Antecedentes, Análisis, Conclusiones y Recomendaciones. Para efectos de contar con un informe integral se continúa con el enfoque sistémico y los respectivos componentes, en todas las partes del informe.

Organización del Equipo de Supervisión:

1 coordinador del Equipo (jefe de equipo)

- Funciones Básicas:

- o Conducir los tres momentos de la Supervisión (el antes, durante y el después). Convocar a los integrantes del Equipo de Supervisión.

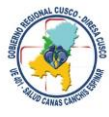




Gerencia Regional de Salud Cusco

U.E. 401 Salud Canas Canchis Espinar

Dirección Atención Integral de Salud



"Año del "Año de la Recuperación y Consolidación de la Economía Peruana"



- Convocar al Comité de Gestión y equipo Técnico necesario del órgano desconcentrado durante la ejecución de la Supervisión.

2 integrantes del Equipo:

- Funciones Básicas

- Asistir a las reuniones técnicas convocadas por es coordinador, Desarrollar los tres momentos de la supervisión integral, en concordancia a los temas e instrumentos utilizados, Otras funciones que le asigne el coordinador relacionado al proceso de supervisión.

3 Ámbitos Supervisados:

- Red de Servicios de Salud:

- Tiempo: tres días calendarios, 06 horas efectivas por día y un día calendario para una Micro Red (es opcional o a recomendación de la OGCS).
- Equipo: de cinco integrantes -profesionales, Ajuste del Equipo de Supervisión con el TAP de Transportes y los tiempos de Desplazamiento.

- Hospitales del II Nivel de Atención:

- Tiempo: Dos días calendarios, 06 horas efectivas por día. Equipo: coordinadores de la DAIS. de 04 integrantes profesionales,
- Ajuste del Equipo con el TAP de Transportes y los tiempos de desplazamiento.

- IPRESS I Nivel de Atención:

- Tiempo: 01 día calendarios, 06 horas efectivas.
- Equipo: coordinadores de la DAIS, Equipo de Gestión Microrred o IPRESS. de 04 integrantes profesionales,
- Ajuste del Equipo con el TAP de Transportes y los tiempos de desplazamiento.

Estrategias

- Comunicación previa de la supervisión integral, al órgano desconcentrado, por lo menos antes de los 15 días calendarios con la respectiva entrega del instrumento y el instructivo.
- Preparación de la logística para el momento del "Durante" por parte del órgano desconcentrado supervisado, con los siguientes detalles: Espacio Físico que acoja, por lo menos 20 TAP, ordenado en forma de circulo o cuadrangular; debe contar con un equipo de cómputo con acceso a internet y los aplicativos informáticos (equipo audiovisual; la respectiva impresora, y el Personal Convocado (Comité de Gestión y Equipo Técnico).con medidas de bioseguridad como la implantación del kit de lavado de manos ,ambiente ventilado.
- Las evidencias o medios de verificación deben estar disponibles en la mesa de trabajo correspondiente, para el momento de la supervisión integral.
- Cada estándar es desarrollado en un tiempo aproximado de 20 minutos, que comprende el proceso de enseñanza y aprendizaje, con el modelo de atención Integral, gestión por resultados y el enfoque sistémico.

Herramientas

Aplicativo Informático de Supervisión Integral, que desde el año 2021, no se cuenta con un instrumento oficial desde GERESA, actualmente cada año se aplica instrumentos diferentes.

5.1 Principios y valores rectores para el equipo de Supervisión

Profesionalismo; proactividad; Probidad; Honestidad; Diligencia; Respeto; Responsabilidad; Transparencia





Gerencia Regional de Salud Cusco

U.E. 401 Salud Canas Canchis Espinar

Dirección Atención Integral de Salud



"Año del "Año de la Recuperación y Consolidación de la Economía Peruana"

FECHA: abril 2025

PARTICIPANTES:

Anexo Adjunto RD de responsables de supervisión monitoreo y evaluación por sectores.

Conformación de 05 equipos de supervisión constituidos aprobados por RD.

CRONOGRAMA DE SUPERVISION.

Adjunto en anexo

VI. PRESUPUESTO:

NOMBRE CLASIFICADOR		SUPERVISION INTEGRAL	RESUPUESTO REQUERIDO
COMISION DE SERVICIOS - VIATICOS LOCALES	2.3. 2. 1. 2. 2	20 Viaticos	2,560.00
TRASLADO PERSONAL MOVILIDAD LOCAL - SERVICIO URBANO	2.3. 2 1. 2 99	94 movilidad	3,760.00
PAPELERIA EN GENERAL, UTILES Y MATERIALES DE OFICINA	2.3. 1. 5. 1. 2	papel bond 5 ptes	90.00
COMBUSTIBLES Y CARBURANTES	2.3. 1. 3. 1.1	Petroleo 87 gal gasohol 24 gal	2,220.00
TOTAL			8,630.00

ANEXO: CRONOGRAMA DE SUPERVISIONES RCCE – 2025

MICRO RED	IPRESS A SUPERVIZAR	Abril	RESPONSABLES
YAURI	YAURI		RCCE (2)
	COPORAQUE		RCCE (2)
	URINSAYA		RCCE (2)
	PALLPATA		RCCE (1)
	ACCOCCUNCA		RCCE (1)
	CS MENTAL COMUNITARIO		RCCE (1)
	CONDOROMA		RCCE (1)
	OCCORURO		RCCE (1)
	SAN MIGUEL		RCCE (1)
	PICHIGUA		RCCE (1)
	TINTAYA MARQUIRI		RCCE (1)
	HUAYHUAHUASI		MICRORRED
	SUYKUTAMBO		MICRORRED
EL DESCANSO	HOSPITAL ESPINAR		RCCE (2)
	EL DESCANSO		RCCE
CHECCA	CHECCA		MICRORRED
	CHITIBAMBA		MICRORRED
YANAOCA	YANAOCA		RCCE
	HAMPATURA		RCCE
	QUEHUE		RCCE
	CCOCHAPATA		RCCE
	TUNGASUCA		RCCE
	PONGOÑA		MICRORRED
	PAMPAMARCA		MICRORRED
	HUINCHIRI		MICRORRED
	SURIMANA		MICRORRED
	TOCCOCCORI		MICRORRED



Gerencia Regional de Salud Cusco

U.E. 401 Salud Canas Canchis Espinar

Dirección Atención Integral de Salud



"Año del "Año de la Recuperación y Consolidación de la Economía Peruana"

TECHO OBRERO	TECHO OBRERO		RCCE
	LAYO		RCCE
	LANGUI		RCCE
	CONDEVILUYO		RCCE
	HERCCA		MICRORRED
	OCCOBAMBA		MICRORRED
	CCUYO		MICRORRED
	MARANGANI		MICRORRED
PAMPAPHALLA	CHECTUYOC		MICRORRED
	PAMPAPHALLA		RCCE
	SANTA BARBARA		RCCE
	PHINAYA		RCCE
	CS MENTAL COMUNITARIO		RCCE
	UZCUPATA		RCCE
	SAN PEDRO		MICRORRED
	SAN PABLO		MICRORRED
COMBAPATA	LA FLORIDA		MICRORRED
	QUEHUAR)		MICRORRED
	HOSPITAL SICUANI		RCCE
	COMBAPATA		RCCE
	PITUMARCA		RCCE
	TINTA		RCCE
	CHECACUPE		MICRORRED
MOSOCLLACTA)		MICRORRED	
CHIARA		MICRORRED	





Gerencia Regional de Salud Cusco

U.E. 401 Salud Canas Canchis Espinar

Dirección Atención Integral de Salud



"Año del "Año de la Recuperación y Consolidación de la Economía Peruana"



TERMINO DE REFERENCIA

i. AUTOEVALUACION PARA LA ACREDITACION DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE LA UNIDAD EJECUTORA 401 SALUD CANAS CANCHIS ESPINAR AÑO FISCAL 2025



POBLACION OBJETIVO: Comité de Gestión de los órganos desconcentrados, Equipo Técnico de los Órganos de Línea, Órgano Asesor y Órganos de Apoyo.

PRODUCTO: Informe del grado de cumplimiento de estándares definidos a nivel nacional de las capacidades para brindar prestaciones de calidad en los establecimientos de salud.

ACTIVIDAD: Análisis en Gabinete, reunión técnica de apertura de la autoevaluación con el equipo de evaluadores internos, aplicación del listado de Estándares de Acreditación se constituye como el único instrumento para la evaluación periódica de los elementos relacionados con la calidad – estructura, procesos y resultados, que deben cumplir los establecimientos de salud, para acreditarse, informe a la Dirección General de las conclusiones y Recomendaciones, seguimiento del cumplimiento de las recomendaciones.



CÓDIGO: Responde al POI, Plan Táctico de la Dirección de Gestión Calidad Sanitaria; Matriz N° 1 PPR, OG 1;

INST. RESPONSABLE: Dirección de Atención Integral, oficina de Gestión y Calidad Sanitaria, equipo de acreditación y evaluadores internos para autoevaluación.

FTE DE FINANCIAMIENTO: RO

CALENDARIO: julio y agosto 2025

I. FUNDAMENTACIÓN: Antecedentes

El proceso de Autoevaluación para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, en nuestro país es de carácter obligatorio, cuyo propósito es tener conocimiento del cumplimiento de estándares en la provisión de servicios de salud, sin embargo, la coyuntura sanitaria actual nos obliga a priorizar dicho proceso, focalizándonos en el Sub Sector Público de Salud del Gobierno Regional de Cusco, para dicho efecto se estableció un muestreo no probabilístico intencionado, que sea representativo en la totalidad de niveles y categorías de los establecimientos de salud, que en suma fueron 80 establecimientos de salud de los 346, considerando los criterios de exclusión de los establecimientos de salud que no cuentan con estándares específicos para la categoría que ostenta, como también se excluye los establecimientos de salud que no cumplieron con los procedimientos para la autoevaluación.

Los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo autoevaluados representan el 23% de la totalidad de Establecimientos de salud del subsector -Gobierno Regional y el 10.1% de los establecimientos de salud del sector salud del ámbito de la Región Cusco. El cumplimiento de los estándares en los tres niveles de atención del ámbito del subsector -Gobierno Regional Cusco-, están por debajo del 85% de cumplimiento de los estándares determinados por la norma técnica de Acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo.





Gerencia Regional de Salud Cusco

U.E. 401 Salud Canas Canchis Espinar

Dirección Atención Integral de Salud



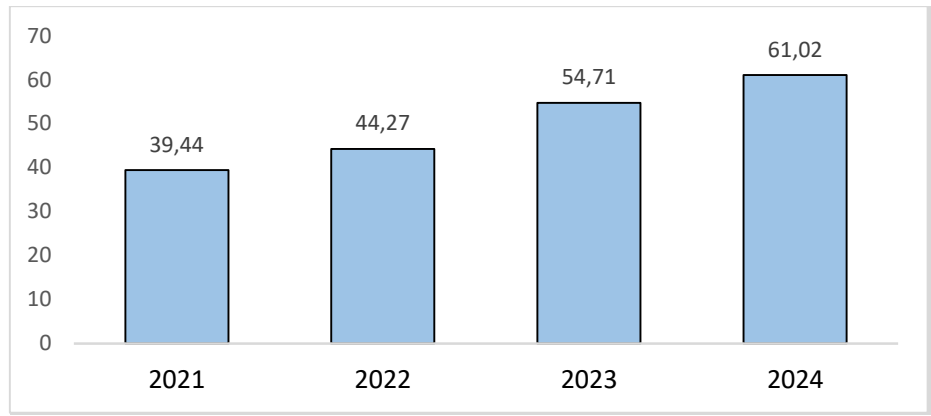
"Año del "Año de la Recuperación y Consolidación de la Economía Peruana"

Se identificó 19 Macroprocesos, 60 estándares y 254 criterios evaluados en el primer nivel de atención, que están comprendidos en las tres categorías, Direccionamiento, Prestacional y de Apoyo.

Finalmente es necesario realizar la autoevaluación para poder evaluar el cumplimiento de los estándares e identificar las oportunidades de mejora que serán abordado a través de acciones, programas, proyectos o planes de mejora y que luego podamos acceder a la evaluación externa y lograr la Acreditación progresiva de los Establecimientos de Salud del Ámbito de la Micro Red Yauri.

GRAFICO Nro. 09

Resultados del desempeño de cumplimiento General U.E. 401 SCCE. 2021 - 2024



Fuente: base de datos Aplicativo de Autoevaluación – Dirección SGCS. GERESA Cusco

Interpretación: Como se observa en el grafico 01 el puntaje final de la Autoevaluación calculado mediante el aplicativo es igual a 61.02% (NO aprobado), en relación al año 2023 se ha incrementado en 6.31 puntos.

Según la NT Nro. 050-MINSA/DGSP-V.02. para obtener un puntaje aprobatorio el puntaje debe ser mayor o igual a 85% del cumplimiento del total de criterios establecidos en el Listado de Estándares de Acreditación.

También mencionar que hay tres Macroprocesos que no se evalúan en el primer nivel de atención, que son el Macroproceso 11 (Atención quirúrgica), 12(Docencia e Investigación) y 20 (Nutrición y Dietética).

Gráfico N° 05

Resultados del desempeño de cumplimiento por Micro Red U.E. 401 SCCE. 2021 - 2024





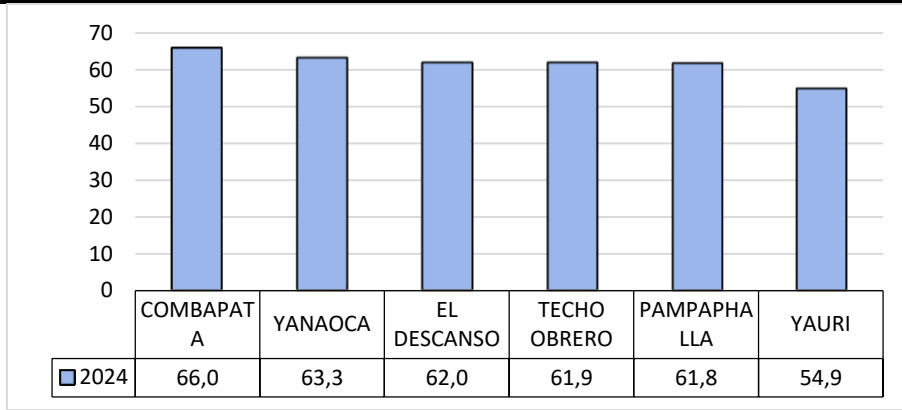
Gerencia Regional de Salud Cusco

U.E. 401 Salud Canas Canchis Espinar

Dirección Atención Integral de Salud



"Año del "Año de la Recuperación y Consolidación de la Economía Peruana"

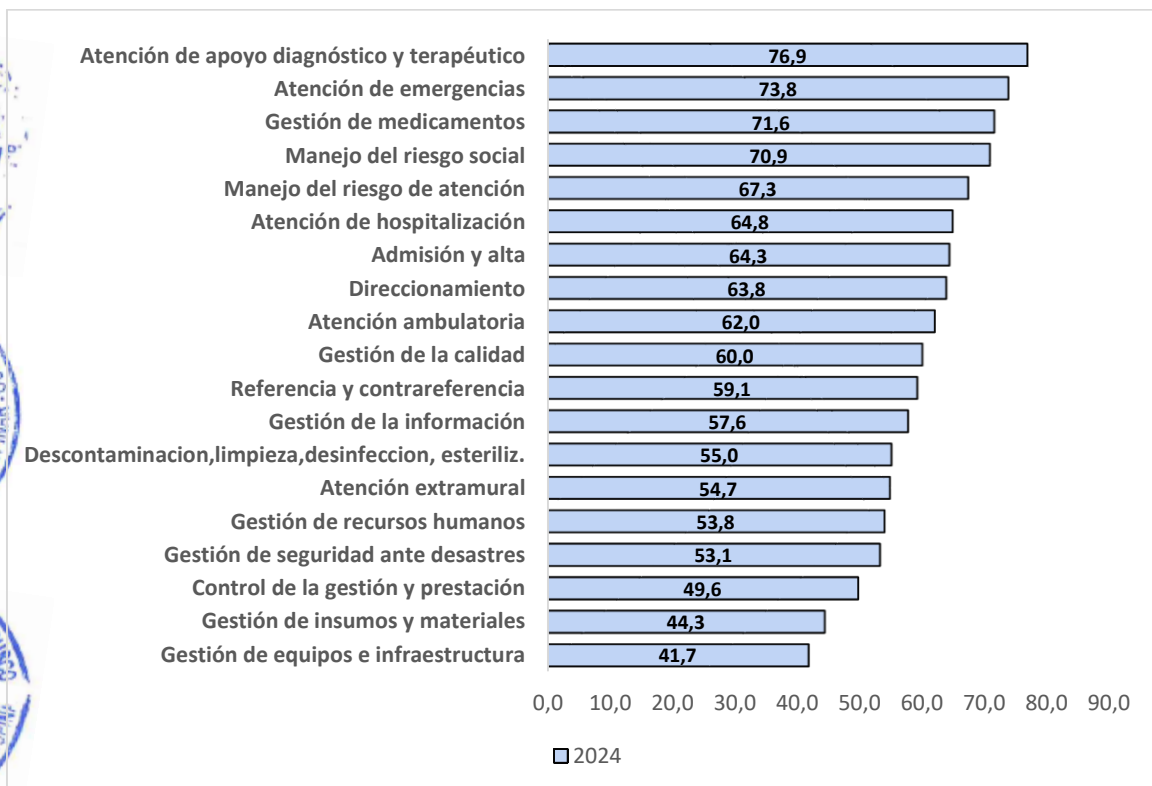


Fuente: base de datos Aplicativo de Autoevaluación – Dirección SGCS. GERESA Cusco

Se observa en el presente gráfico, en el año 2024, las Microrredes que obtuvieron un puntaje superior a 60% son cinco, Combapata (66.0), Yanaoca (63.3), El Descanso (62.0), Techo Obrero (61.9), Pampaphalla (61.8) y el que menor desempeño tiene es Yauri (54.9) según análisis se evidencia que es la Microred yauri que presenta y menor desempeño, por la inequidad que existe en la distribución del recurso humano por lo tanto se deberá realizar un mayor seguimiento a los diferentes gestores de las IPRESS de la U.E. 401 SCCE. El mismo que debe ser abordado como una tarea permanente por la Alta Dirección, DAIS y los diferentes direcciones y jefaturas de oficinas de la parte administrativa como de las IPRESS en lo asistencial

Gráfico N° 07

Resultados del desempeño de cumplimiento según Macroprocesos.
U.E. 401 SCCE. 2024



Fuente: base de datos Aplicativo de Autoevaluación – Estadística. RSCE

Se puede observar en el presente grafico el resultado de autoevaluación del año 2024, Los Macroprocesos con mejor desempeño se encuentra, Atención de apoyo diagnóstico





Gerencia Regional de Salud Cusco

U.E. 401 Salud Canas Canchis Espinar

Dirección Atención Integral de Salud



"Año del "Año de la Recuperación y Consolidación de la Economía Peruana"

y terapéutico (76,9) Atención de emergencias (73,8) Gestión de medicamentos (71,6) Manejo del riesgo social (70,9), mientras con un mediano desempeño tenemos a Manejo del riesgo de atención (67,3) Atención de hospitalización (64,8) Admisión y alta (64,3) Direccionamiento (63,8) Atención ambulatoria (62,0) Gestión de la calidad (60,0) Referencia y contrareferencias (59,1).

Con un desempeño menor al 50% se ubica a Gestión de la información (57,6) Descontaminación, limpieza, desinfección, esterilización. (55,0) Atención extramural (54,7) Gestión de recursos humanos (53,8) Gestión de seguridad ante desastres (53,1) Control de la gestión y prestación (49,6) Gestión de insumos y materiales (44,3) Gestión de equipos e infraestructura (41,7)

Justificación

El Documento Técnico "Sistema de gestión de la Calidad en Salud", en su componente de Garantía y Mejora establece la implementación del proceso de acreditación de los servicios de salud; así como el documento técnico de "Política Nacional de Calidad en Salud" en su séptima política, plantea como objetivo, mejorar la calidad de la atención de salud de manera sistemática y permanente a través de la aplicación de la estrategia de acreditación de establecimientos y servicios médicos de apoyo.

La Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo", establece que la acreditación de servicios de salud debe estar incorporado en los planes operativos institucionales y que se debe realizar la fase inicial con el proceso de autoevaluación en los establecimientos de salud.

El nivel nacional estableció los criterios técnicos para definir los indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios a cumplir en el año 2022, donde incorporan la autoevaluación como indicador de proceso de mejora para el presente ejercicio fiscal.

La U.E. 401 SCCE, incorporó el proceso de autoevaluación en Plan de trabajo de Gestión de la Calidad, para el presente ejercicio fiscal, en concordancia a las disposiciones de la GERESA y las normas Nacionales.

Base Legal:

- Ley N° 26842, Ley General de Salud
- Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud
- Ley N° 30895, Ley que fortalece la Función Rectora del Ministerio de Salud
- Ley N° 27867, Ley Orgánica de los Gobiernos regionales.
- Ley N° 27444, Ley General de Procedimientos Administrativos
- Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud
- D.S. N° 013-2006-SA, que aprueba el "reglamento de Establecimientos de Salud y de Servicios Médicos de Apoyo
- R.M. N° 405-2005/MINSA, Reconocen que las Direcciones Regionales de Salud Constituyen la Única Autoridad de Salud en cada Gobierno regional
- R.M. N° 519-2006/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Sistema de gestión de la Calidad en Salud"
- R.M. N° 727-2009/MINSA, que aprueba el documento técnico de "Política Nacional de Calidad en Salud"
- R.M. N° 2007/MINSA, que aprueba la NTS N°050-MINSA/DGSP V 02 "Norma





Gerencia Regional de Salud Cusco

U.E. 401 Salud Canas Canchis Espinar

Dirección Atención Integral de Salud



"Año del "Año de la Recuperación y Consolidación de la Economía Peruana"

Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo"

- R.M. N° 072-2008/MINSA, que modifica la NTS N°050-MINSA/DGSP V 02 respecto a los miembros de las Comisiones sectoriales de Acreditación de Servicios de Salud
- R.M. N° 270-2009/MINSA, que aprueba la "Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios médicos de Apoyo"
- R.M. N° 370-2009/MINSA, Aprobar la Directiva Administrativa N°151-MINSA/DGSP-V.01 "Directiva Administrativa que Regula la Organización y Funciones de las Comisiones Sectoriales de Acreditación de Servicios de Salud"
- D.S. N° 036-2023-SA, que establece los criterios técnicos para definir los indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios a cumplir en el año 2024.

OBJETIVO:

6. Determinar el grado de cumplimiento de los Macroprocesos, Procesos, Estándares y Criterios establecidos en la Norma Técnica de Acreditación de Servicios de Salud, a través de la autoevaluación en los establecimientos de salud de la jurisdicción de la U.E. 401 SCCE. Priorizado para el ejercicio fiscal 2024.

METODO/CONTENIDO:

Prioridades:

- **Perspectiva de Intervención Sanitaria** (Atención Integral de Salud basado en la persona,
- **Perspectiva de Riesgos en la Población:**
 - o Mortalidad Prematura y altamente Prevenible con la intervención Sanitaria (M. Perinatal, Materna y Neonatal...)
 - o Morbilidad por enfermedades prevenibles (Desnutrición, Anemia, EPI, Metaxenicas, Trasmisibles, No Transmisible, salud Mental).

Es transversal La Atención Integral Basado en la Familia y Comunidad, Mejora Continua, Redes Integradas de Prestación de Servicios de Salud, Interculturalidad, Derechos del Usuario, Acceso a los Servicios de Salud, Control Social.

- **Perspectiva Organizacional:**
 - o Red de Servicios de Salud Sede, Micro Redes. Hospitales del Nivel II.

Organización:

- ✓ **Antes**, Se inicia con la planificación de evaluación por parte del equipo de evaluadores internos con la participación del equipo de salud: La responsable de Gestión de la Calidad deberá comunicar a la Dirección Ejecutiva de La Unidad Ejecutora 401 SCCE., el inicio del proceso de autoevaluación y esta instancia a su vez comunicará a la Gerencia Regional de Salud Cusco.
- ✓ **Durante**, Reunidos con el Equipo de Gestión del órgano Desconcentrado se desarrollará una exposición breve Presentación y socialización de los estándares de acreditación al personal del establecimiento de salud, La implementación de las acciones de autoevaluación se utilizará las técnicas:





Gerencia Regional de Salud Cusco

U.E. 401 Salud Canas Canchis Espinar

Dirección Atención Integral de Salud



"Año del "Año de la Recuperación y Consolidación de la Economía Peruana"

Verificación de las evidencias (documentos, instrumentos, normas, actas, informes, etc)

Observación directa de los procesos que requieran

Entrevistas

Encuestas

Evaluación de registro de la Historia Clínica

El instrumento que se empleará durante la autoevaluación será el listado de estándares de acreditación aprobados y vigentes

- ✓ **Después**, La oficina de Gestión de la Calidad deberá comunicar a la Dirección Ejecutiva del Hospital Regional Cusco, el fin del proceso de autoevaluación y remitir el Informe Técnico correspondiente..

FECHA: julio y agosto 2025

PARTICIPANTES:

Conformación de evaluadores internos para acreditación de establecimientos de salud aprobados mediante R.D.

CRONOGRAMA DE SUPERVISION.

Adjunto en anexo

VI. PRESUPUESTO:

NOMBRE CLASIFICADOR		AUTOEVALUACION PARA ACREDITACION DE EE.SS.	PRESUPUESTO REQUERIDO
COMISION DE SERVICIOS - VIATICOS LOCALES	2.3. 2. 1. 2. 2	30 viáticos	3,840.00
TRASLADO PERSONAL MOVILIDAD LOCAL - SERVICIO URBANO	2.3. 2 1. 2 99	90 movilidad	3,600.00
PAPELERIA EN GENERAL, UTILES Y MATERIALES DE OFICINA	2.3. 1. 5. 1. 2	papel bond 10 ptes anillos 50 tapas 100	246.00
COMBUSTIBLES Y CARBURANTES	2.3. 1. 3. 1.1	Diesel 87 gal Gasohol 24 gal	2,220.00
SERVICIO DE ALIMENTACION DE CONSUMO	23 2 711 5	Almuerzo 185	3,700.00
LIBROS, DIARIOS, REVISTAS Y OTROS BIENES IMPRESOS NO VINCULADOS A ENSEÑANZA	2.3. 1.99. 1. 3	Toner de impresión 1	400.00
TOTAL			14,006.00

CRONOGRAMA DE VISITAS A IPRESS PARA AUTOEVALUACION 2025

MICRO RED	IPRESS A AUTOEVALUAR	Julio agosto	RESPONSABLES
YAURI	YAURI		RCCE (2)
	COPORAQUE		RCCE (2)



Gerencia Regional de Salud Cusco

U.E. 401 Salud Canas Canchis Espinar

Dirección Atención Integral de Salud



"Año del "Año de la Recuperación y Consolidación de la Economía Peruana"

	URINSAYA	RCCE (2)
	PALLPATA	RCCE (1)
	ACCOCCUNCA	RCCE (1)
	CONDOROMA	RCCE (1)
	OCCORURO	RCCE (1)
	CS MENTAL COMUNITARIO	MICRORRED
	SAN MIGUEL	MICRORRED
	PICHIGUA	MICRORRED
	TINTAYA MARQUIRI	MICRORRED
	HUAYHUAHUASI	MICRORRED
	SUYKUTAMBO	MICRORRED
EL DESCANSO	EL DESCANSO	RCCE
	CHECCA	MICRORRED
	CHITIBAMBA	MICRORRED
YANAOCA	YANAOCA	RCCE
	HAMPATURA	RCCE
	QUEHUE	RCCE
	CCOCHAPATA	RCCE
	TUNGASUCA	RCCE
	PONGOÑA	MICRORRED
	PAMPAMARCA	MICRORRED
	HUINCHIRI	MICRORRED
	SURIMANA	MICRORRED
	TOCCOCCORI	MICRORRED
TECHO OBRERO	TECHO OBRERO	RCCE
	LAYO	RCCE
	LANGUI	RCCE
	CONDEVILUYO	RCCE
	HERCCA	MICRORRED
	OCCOBAMBA	MICRORRED
	CCUYO	MICRORRED
	MARANGANI	MICRORRED
	CHECTUYOC	MICRORRED
PAMPAPHALLA	PAMPAPHALLA	RCCE
	SANTA BARBARA	RCCE
	PHINAYA	RCCE
	CS MENTAL COMUNITARIO	RCCE
	UZCUPATA	MICRORRED
	SAN PEDRO	MICRORRED
	SAN PABLO	MICRORRED
	LA FLORIDA	MICRORRED
	QUEHUAR)	MICRORRED
COMBAPATA	COMBAPATA	RCCE
	PITUMARCA	RCCE
	TINTA	RCCE
	CHECACUPE	MICRORRED
	MOSOCLLACTA)	MICRORRED
	CHIARA	MICRORRED





Gerencia Regional de Salud Cusco

U.E. 401 Salud Canas Canchis Espinar

Dirección Atención Integral de Salud



"Año del "Año de la Recuperación y Consolidación de la Economía Peruana"

ANEXO 03: INDICADORES DE DESEMPEÑO

U.E 401: RED DE SERVICIOS DE SALUD CANAS CANCHIS ESPINAR						
Proceso	ACREDITACION DE SERVICIOS DE SALUD EE. SS Y SMA					
Objetivo	Cumplir con los atributos de calidad en la provisión de servicios de salud en las IPRESS del Sector aprobados por ente rector del sector salud, a través de la Autoevaluación.					
Indicador	Porcentaje de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo Acreditados					
Definición	La Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo es el cumplimiento de Categorías, Macroprocesos, Estándares y Criterios, igual o superior al 85%, definidos en la norma técnica nacional, y que hayan cumplido los proceso y procedimientos para contar con una Resolución Ministerial o Resolución Ejecutiva Regional.					
Finalidad del Indicador	Garantizar el cuidado integral de salud de la población, a través de la oferta sanitaria sectorial cumpliendo los atributos de calidad					
Dimensión/ tipo del Indicador	Calidad/proceso/Producto					
Fórmula	N° de EE.SS y SMA Acreditados, multiplicado por 100					
	N° de EE.SS y SMA Registrado en RENIPRESS y que cuenten con estándares definidos por el ente rector.					
Unidad de Medina	Resolución (Resolución Ministerial/ Resolución Ejecutiva Regional)					
Frecuencia	Anual					
Oportunidad de Medida	El informe final debe ser remitido a la RSSCS antes del 10 de noviembre del ejercicio fiscal					
Valor del Indicador	Línea Base			Meta		
	2022	2023	2024	2024	2025	2026
	44,3%	54,7%	61,0%	65,0%	68,0%	73,0%
Fuente de Datos	Registro Nacional y o Regional de Resoluciones de Acreditación de EE.SS y SMA (publicados en el Diario el Peruano)					
Base de Datos	Registro Nacional de EE.SS y SMA Acreditados del Ministerio de Salud.					
Instrumento de recolección de datos	Acceso directo al Registro Nacional de EE.SS y SMA Acreditados					
Sintaxis	No requiere					
Aplica	A IPRESS del primer nivel de atención de la RSSCS					
Responsable	Equipo de Gestión y Calidad Sanitaria de la RSSCS y Jefe de Microrredes e IPRESS					





Gerencia Regional de Salud Cusco

U.E. 401 Salud Canas Canchis Espinar

Dirección Atención Integral de Salud



"Año del "Año de la Recuperación y Consolidación de la Economía Peruana"

U.E 401: RED DE SERVICIOS DE SALUD CANAS CANCHIS ESPINAR

Proceso	GESTIÓN DE RIESGOS-SEGURIDAD DEL PACIENTE- Rondas de Seguridad del paciente Disminuir los riesgos en la atención en salud en las IPRESS de la RSSCCE						
Objetivo	Implementación de las Rondas de Seguridad del Paciente como herramienta de gestión del riesgo en la atención de salud en las IPRESS de la RSSCCE.						
Indicador	Proporción de Rondas de Seguridad del Paciente Realizadas						
Definición	Herramienta 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 a una UPSS seleccionada al azar en una determinada IPRESS, liderado por la máxima autoridad de ésta, 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.						
Finalidad del Indicador	Contribuir con la mejora de la calidad de vida de las personas usuarias de los servicios de salud, disminuyendo los riesgos en la atención de salud en las IPRESS del primer nivel de atención.						
Dimensión del indicador	Calidad/Proceso						
Fórmula	$\frac{\text{N}^\circ \text{ Rondas de seguridad ejecutadas al año}}{\text{N}^\circ \text{ de rondas de seguridad programadas}} \times 100$						
Unidad de Medina	Reporte mensual de cumplimiento de rondas de seguridad del paciente						
Frecuencia	Mensual						
Oportunidad de Medida	Desarrollo de las Rondas de Seguridad del paciente en las IPRESS de enero a diciembre remitidas a la RSSCCE, dentro de los cinco primeros días del mes siguiente.						
Valor del Indicador	Línea Base			Meta			
	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028
	9%	37%	70%	85%	88%	90%	92%
Fuente de Datos	Valoración de los riesgos identificados en las Rondas de Seguridad del Paciente -MINSA						
Base de Datos	Reporte de resultados de las Rondas de Seguridad del paciente en las IPRESS y Microrredes de la RSSCCE						
Instrumento de recolección de datos	Modelo general de informe de las Rondas de Seguridad del paciente						
Sintaxis	Pre-determinado en el anexo de la norma, considera todas las ponderaciones.						
Aplica	A IPRESS del primer nivel de atención de la RSSCCE						
Responsable	Comité de Rondas de Seguridad del paciente en Microrredes e IPRESS de la RSSCCE						





Gerencia Regional de Salud Cusco

U.E. 401 Salud Canas Canchis Espinar

Dirección Atención Integral de Salud



"Año del "Año de la Recuperación y Consolidación de la Economía Peruana"

U.E 401: RED DE SERVICIOS DE SALUD CANAS CANCHIS ESPINAR

Proceso	GESTIÓN DE RIESGOS-SEGURIDAD DEL PACIENTE- Cumplimiento de la adherencia de higiene de manos: Disminuir los riesgos en la atención en salud en las IPRESS de la RSSCCE.						
Objetivo	Observación directa del cumplimiento de la higiene de manos en el personal de salud, contribuyendo a mejorar la salud de la población y a reducir la incidencia de enfermedades infecciosas.						
Indicador	Proporción alcanzada de la adherencia a la higiene de manos en el personal de salud de la RSSCCE						
Definición	Medida higiénica conducente a la antisepsia de las manos con el fin de reducir la flora microbiana transitoria. Consiste usualmente en frotarse las manos con un antiséptico de base alcohólica o en lavarse con agua y jabón normal o antimicrobiano						
Finalidad del Indicador	Contribuir a la mejora en la calidad y seguridad de la atención en salud que se brinda en las IPRESS de la RSSCCE						
Dimensión del indicador	Calidad/Proceso						
Fórmula	N° de Acciones (de higiene de manos) año x 100						
	N° de oportunidades (higiene de manos observadas)						
Unidad de Medina	Reporte mensual de cumplimiento de observaciones de la higiene de manos ejecutadas al personal de salud						
Frecuencia	Mensual						
Oportunidad de Medida	Desarrollo de cumplimiento de observaciones de la higiene de manos ejecutadas al personal de salud de enero a diciembre remitidas a la RSSCCE, dentro de los cinco primeros días del mes siguiente.						
Valor del Indicador	Línea Base			Meta			
	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028
	81%	91%	81%	85%	88%	81%	92%
Fuente de Datos	Valoración de la Adherencia de la higiene de manos-MINSA						
Base de Datos	Reporte de resultados de la Adherencia de la higiene de manos en las IPRESS y Microrredes de la RSSCS						
Instrumento de recolección de datos	Modelo general de informe de la adherencia a la higiene de manos						
Sintaxis	Pre-determinado en el anexo de la norma, considera todas las ponderaciones.						
Aplica	A IPRESS del primer nivel de atención de la RSSCCE						
Responsable	Comité de adherencia a la higiene de manos en Microrredes e IPRESS de la RSSCCE.						





Gerencia Regional
de Salud Cusco

U.E. 401 Salud Canas
Canchis Espinar

Dirección Atención
Integral de Salud



"Año del "Año de la Recuperación y Consolidación de la Economía Peruana"

U.E 401: RED DE SERVICIOS DE SALUD CANAS CANCHIS ESPINAR

Proceso	GESTIÓN DE RIESGOS-SEGURIDAD DEL PACIENTE. Ocurrencia de incidentes / eventos adversos en salud, eventos centinela: Disminuir los riesgos en la atención en salud en las IPRESS de la RSSCCE.						
Objetivo	Promover una cultura de la seguridad del paciente, capaz de reconocer errores, aprender de ellos y sobre todo mejorar los procesos de atención						
Indicador	Proporción alcanzada del registro de notificaciones y análisis de incidentes/ eventos adversos en las IPRESS de la RSSCCE						
Definición	Incidente es toda circunstancia que podría haber ocasionado un daño innecesario a un paciente. Por otra parte, evento adverso es el daño involuntario al paciente por un acto de comisión o de omisión, no por la enfermedad o el trastorno de fondo del paciente.						
Finalidad del Indicador	Contribuir a mejorar la calidad de la atención y la seguridad de los pacientes que acuden a las IPRESS de la RSSCCE						
Dimensión del indicador	Calidad/Proceso						
Fórmula	$\frac{\text{N}^\circ \text{ total de ocurrencias de incidentes} + \text{eventos adversos} + \text{eventos centinela notificados al año} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ total de atendidos}}$						
Unidad de Medida	Cumplimiento de registro y notificación de incidentes/ evento adverso diaria relacionada a la seguridad del paciente.						
Frecuencia	Mensual						
Oportunidad de Medida	Desarrollo de cumplimiento de registro y notificación del evento adverso diaria ejecutada por el personal de salud de enero a diciembre remitidas a la RSSCCE dentro de los cinco primeros días del mes siguiente .						
Valor del Indicador	Línea Base			Meta			
	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028
	0,02%	0,04%	1,25%	1,20%	1,15%	1,10%	1,00%
Fuente de Datos	Notificación diaria de incidentes/eventos adversos relacionados a la seguridad del paciente -MINSA						
Base de Datos	Reporte de Notificación diaria de incidentes/eventos adversos relacionados a la seguridad del paciente en las IPRESS y Microrredes de la RSSCCE						
Instrumento de recolección de datos	Modelo general de informe de notificación diaria de incidentes/eventos adversos relacionados a la seguridad del paciente						
Sintaxis	Pre-determinado en el anexo de la norma, considera todas las ponderaciones.						
Aplica	A IPRESS del primer nivel de atención de la RSSCCE						
Responsable	Comité de Reporte de Notificación diaria de incidentes/eventos adversos en Microrredes e IPRESS de la RSSCCE.						





Gerencia Regional de Salud Cusco

U.E. 401 Salud Canas Canchis Espinar

Dirección Atención Integral de Salud



"Año del "Año de la Recuperación y Consolidación de la Economía Peruana"

U.E 401: RED DE SERVICIOS DE SALUD CANAS CANCHIS ESPINAR

Proceso	GESTION DE LA INFORMACION PARA LA CALIDAD-Análisis de resultados de reclamos y sugerencias en salud: fortalecimiento del proceso de atención con calidad a los usuarios externos en las IPRESS de la RSSCCE.						
Objetivo	Garantizar la calidad de la atención a través del manejo óptimo de mecanismos de orientación, información, atención de reclamos /sugerencias solicitados por los usuarios de las IPRESS de la RSSCCE.						
Indicador	Proporción alcanzada del informe mensual del análisis del resultado de reclamos y sugerencias en salud en las IPRESS de la RSSCCE						
Definición	Reclamo, es Manifestación que un consumidor realiza al proveedor mediante la cual expresa una disconformidad relacionada a los bienes expendidos o suministrados o a los servicios prestados.						
	Queja, Manifestación que un consumidor realiza al proveedor mediante la cual expresa una disconformidad que no se encuentra relacionada a los bienes expendidos o suministrados o a los servicios prestados; o, expresa el malestar o descontento del consumidor respecto a la atención al público.						
Finalidad del Indicador	Contribuir a la mejor el acceso, protección y defensa de los derechos de los usuarios respecto a los servicios de salud o la cobertura de atención brindada en las IPRESS de la RSSCCE						
Dimensión del indicador	Calidad/Proceso						
Formula	N° de análisis de resultados de reclamos y sugerencias en salud ejecutadas al año x 100						
	N° de reclamos y sugerencias en salud programadas						
Unidad de Medina	Reporte mensual de cumplimiento de análisis de resultados de reclamos y sugerencias en salud						
Frecuencia	Mensual						
Oportunidad de Medida	Desarrollo de análisis de resultados de reclamos y sugerencias en salud ejecutadas al personal de salud de enero a diciembre remitidas a la RSSCCE, dentro de los cinco primeros días del mes siguiente .						
Valor del Indicador	Línea Base			Meta			
	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028
Reclamos	27	38	30	28	26	24	22
Sugerencias	0	0	0	20	25	25	25
Fuente de Datos	Informe mensual de resultados de reclamos y sugerencias en salud						
Base de Datos	Reporte del análisis de resultados de reclamos y sugerencias en salud en las IPRESS y Microrredes de la RSSCS						
Instrumento de recolección de datos	Modelo general de informe del análisis de resultados de reclamos y sugerencias en salud						
Sintaxis	Pre-determinado en el anexo de la norma, considera todas las ponderaciones.						
Aplica	A IPRESS del primer nivel de atención de la RSSCS						
Responsable	Comité de PAUS, en IPRESS, nivel y categoría I-4 y encargado de libro de reclamaciones en el resto de IPRESS de la RSSCS.						





Gerencia Regional de Salud Cusco

U.E. 401 Salud Canas Canchis Espinar

Dirección Atención Integral de Salud



"Año del "Año de la Recuperación y Consolidación de la Economía Peruana"

U.E 401: RED DE SERVICIOS DE SALUD CANAS CANCHIS ESPINAR

Proceso	GESTIÓN DE LA INFORMACION PARA LA CALIDAD -Análisis de resultados de evaluación de satisfacción de usuario interno y externo en las IPRESS de la RSSCCE.						
Objetivo	Evaluar a las IPRESS que evalúan la satisfacción del usuario externo en los servicios brindados: consulta externa / hospitalización / emergencia según nivel y categoría.						
Indicador	Porcentaje (%).						
Definición	La satisfacción del usuario interno/externo, es el grado de cumplimiento por parte de la organización de salud, respecto a las expectativas y percepciones del usuario respecto a los servicios que estos ofrecen.						
Finalidad del Indicador	Contribuir a identificar las principales causas de insatisfacción del usuario interno y externo en las IPRESS de la RSSCS.						
Dimensión del indicador	Calidad/Resultado						
Fórmula	Número de IPRESS que evalúan la satisfacción del usuario externo.						
	Número total de IPRESS del primer nivel de atención						
Unidad de Medida	Reporte anual de cumplimiento de evaluación de satisfacción de usuarios interno y externo						
Frecuencia	Mensual						
Oportunidad de Medida	Desarrollo de cumplimiento de información hasta el 05 de diciembre del año fiscal.						
Valor del Indicador							
	Línea Base			Meta			
	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028
Usuario externo (porcentaje de insatisfacción)	37%	33%	30%	28%	26%	24%	22%
Usuario interno (Porcentaje de personal que participa en la encuesta de satisfacción)	0	0	56%	50%	75%	100%	100%
Fuente de Datos	Informe Microrredes e IPRESS año fiscal						
Base de Datos	Reporte de resultados de evaluación de satisfacción de usuario interno y externo						
Instrumento de recolección de datos	Modelo general de informe de evaluación de satisfacción de usuario interno y externo						
Sintaxis	Pre-determinado en el anexo de la norma, considera todas las ponderaciones.						
Aplica	A IPRESS del primer nivel de atención de la RSSCS						
Responsable	Comité de evaluación de satisfacción de usuario interno y externo en Microrredes e IPRESS de la RSSCS.						





Gerencia Regional de Salud Cusco

U.E. 401 Salud Canas Canchis Espinar

Dirección Atención Integral de Salud



"Año del "Año de la Recuperación y Consolidación de la Economía Peruana"

U.E 401: RED DE SERVICIOS DE SALUD CANAS CANCHIS ESPINAR

Proceso	GESTIÓN DE DESARROLLO DE PERSONAL -Asistencia técnica para la implementación del sistema de gestión de la calidad en salud en las IPRESS de la RSSCCE.					
Objetivo	Contribuir a la adopción de prácticas mejoradas en la actividad asistencial, a través de un proceso de acompañamiento y de apoyo constante en la implementación del SGCS en las IPRESS de la RSSCCE					
Indicador	Porcentaje de personal encargados de gestión de la calidad de Microrredes e IPRESS de la RSSCCE que reciben asistencia técnica					
Definición	La asistencia técnica para la implementación del SGCS, es un proceso de mejora de capacidades, conocimientos, habilidades o actitudes de duración corta desarrollada de manera virtual o presencial o mixta					
Finalidad del Indicador	Proporciona ayuda en el proceso de toma de decisiones, identificar problemas y señalar oportunidades de mejora en las IPRESS de la RSSCCE.					
Dimensión del indicador	Calidad/Proceso					
Fórmula	N° de asistencias técnicas ejecutadas al año x 100					
	N° de asistencias técnicas programadas					
Unidad de Medida	Informe de asistencias técnicas ejecutadas					
Frecuencia	Trimestral					
Oportunidad de Medida	Informe dentro de los cinco días hábiles posteriores a la culminación de la tarea					
Valor del Indicador	Línea Base			Meta		
	2022	2023	2024	2025	2026	2027
	70%	80%	60%	70%	75%	80%
Fuente de Datos	Informe Microrredes e IPRESS año fiscal					
Base de Datos	Reporte de resultados de evaluación de satisfacción de usuario interno y externo					
Instrumento de recolección de datos	Modelo general de informe					
Aplica	A IPRESS del primer nivel de atención de la RSSCCE					
Responsable	Equipo de gestión de la calidad de la RSSCCE					





Gerencia Regional de Salud Cusco

U.E. 401 Salud Canas Canchis Espinar

Dirección Atención Integral de Salud



"Año del "Año de la Recuperación y Consolidación de la Economía Peruana"

U.E 401: RED DE SERVICIOS DE SALUD CANAS CANCHIS ESPINAR

Proceso	GESTION DE LA MEJORA CONTINUA- Ejecución de acciones y proyectos de mejora continua						
Objetivo	Contribuir a la aplicación por parte del personal de salud de técnicas y herramientas para la gestión de la mejora continua.						
Indicador	Porcentaje de Microrredes e IPRESS que ejecutan acciones/proyectos de mejora						
Definición	Las acciones de mejora, son un conjunto de acciones preventivas, correctivas y de innovación en los procesos de la organización que agregan valor a los productos. Los proyectos de mejora son proyectos orientados a generar resultados favorables en el desempeño y condiciones del entorno a través del uso de herramientas y técnicas de calidad						
Finalidad del Indicador	Contribuir a la implementación del sistema de gestión de la calidad en salud y sus actividades dirigida a la mejora continua de los procesos a través de la aplicación de técnicas y herramientas para la gestión de la calidad en las IPRESS de la RSSCCE.						
Dimensión del indicador	Calidad/Proceso						
Fórmula	N° de proyectos /acciones de mejora ejecutadas al año x 100						
	N° de acciones/proyectos programadas						
Unidad de Medina	Reporte de acciones o proyectos de mejora ejecutados.						
Frecuencia	anual						
Oportunidad de Medida	Plan formulado de enero a diciembre remitidas a la RSSCS, dentro de los cinco primeros días del mes siguiente de aprobado.						
Valor del Indicador							
	Línea Base			Meta			
	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028
Acciones mejora Continua	1%	17%	8%	25%	30%	40%	50%
Proyecto de mejora Continua	1%	4%	2%	25%	30%	40%	50%
Fuente de Datos	Informe mensual de resultados de reclamos y sugerencias en salud						
Base de Datos	Reporte del plan de acción de IPRESS y Microrredes						
Instrumento de recolección de datos	Modelo general de informe de descripción de las etapas para el desarrollo de acciones/proyectos de mejora de la calidad.						
Sintaxis	Pre-determinado en el anexo de la guía técnica para la elaboración de proyectos de mejora y la aplicación de técnicas y herramientas para la gestión de la calidad						
Aplica	A IPRESS del primer nivel de atención de la RSSCCE						
Responsable	jefes de IPRESS, encargados de gestión de la calidad						





Gerencia Regional de Salud Cusco

U.E. 401 Salud Canas Canchis Espinar

Dirección Atención Integral de Salud



"Año del "Año de la Recuperación y Consolidación de la Economía Peruana"



ANEXO 04: INSTRUMENTO DE SUPERVISION





Gerencia Regional
de Salud Cusco

U.E 401 Salud Canas
Canchis Espinar

Dirección de Atención
Integral de Salud



"AÑO DEL BICENTENARIO DE LA CONSOLIDACIÓN DE NUESTRA INDEPENDENCIA Y DE LA CONMEMORACIÓN DE LAS HEROICAS BATALLAS DE JUNIN Y AYACUCHO"

INSTRUMENTO DE SUPERVISION IPRESS

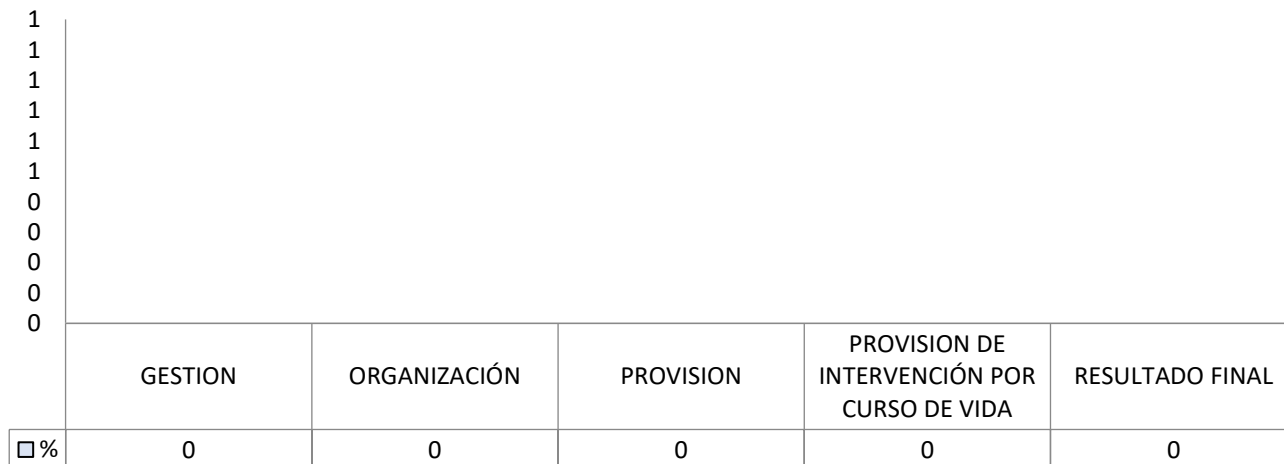
RESULTADO

0

00/01/1900

	PUNTAJE ESPERADO	PUNTAJE LOGRADO	%	CUALITATIVA
GESTION	120	0	0	DEFICIENTE
ORGANIZACIÓN	200	0	0	DEFICIENTE
PROVISION	126	0	0	DEFICIENTE
PROVISION DE INTERVENCIÓN POR CURSO DE VIDA	120	0	0	DEFICIENTE
RESULTADO FINAL	566	0	0	DEFICIENTE

RESULTADO SUPERVISION IPRESS



RESULTADO PROVISIÓN DE INTERVENCIÓN POR CURSO DE VIDA

CURSO DE VIDA	PUNTAJE ESPERADO	PUNTAJE LOGRADO	%	VALORACION
Niño	18	0	0	DEFICIENTE
Adolescentes	20	0	0	DEFICIENTE
Joven	18	0	0	DEFICIENTE
Adulto	24	0	0	DEFICIENTE
Adulto Mayor	20	0	0	DEFICIENTE
Gestante	20	0	0	DEFICIENTE
Total Provisión	120	0	0	DEFICIENTE

% DE INTERVENCION POR CURSO DE VIDA



RESULTADO GESTION Y ORGANIZACIÓN DE IPRESS

COMPONENTE	VALOR ESPERADO	LOGRO	%	RESULTADO
Los planes de trabajo/Plan de Salud Local son elaborado por el equipo de gestion, según estructura de normativa vigente	20	0	0	DEFICIENTE
Responsable de programas presupuestales i/o estrategicos defines sus metas según los criterios de programacion vigentes	20	0	0	DEFICIENTE
El personal de salud tiene asignada sus funciones segun MOF de la IPRESS:	20	0	0	DEFICIENTE
Realiza seguimiento a las supervisiones desarrolladas por los Programas Presupuestales dirigida a las IPRESS	20	0	0	DEFICIENTE
Cuenta, realiza y socializa los resultados de la Evaluación (anual y semestral) de los Programas Presupuestales a nivel de Ipress	20	0	0	DEFICIENTE
Cuenta, identifica y prioriza e incorpora la brecha de equipos básicos de los Programas Presupuestales en el Plan de Equipamiento y Plan de Mantenimiento de Equipos de la IPRESS.	20	0	0	DEFICIENTE
El responsable del Programa cuenta con memorandum de Responsable de Programa Presupuestal, Estrategia sanitaria, otros	20	0	0	DEFICIENTE
IPRESS tiene conformado comites según programa presupuestal	20	0	0	DEFICIENTE
Cuenta, analiza y retroalimenta los sistemas de información	20	0	0	DEFICIENTE
Cuenta, monitorea las Normas Técnicas de Salud / Guía Práctica Clínica/Directiva Sanitaria vinculadas a los Programas Presupuestales.	20	0	0	DEFICIENTE
Implementa las Normas Técnicas de Salud / Guía Práctica Clínica/Directiva Sanitaria vinculadas a los Programas Presupuestales.	20	0	0	DEFICIENTE
Cuenta, ejecuta y mejora las competencias del personal en las Intervenciones priorizadas del PP	20	0	0	DEFICIENTE
Cuenta, analiza y tiene Disponibilidad/ Stock de productos farmaceuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios	20	0	0	DEFICIENTE
Cuenta y monitorea la disponibilidad de equipamiento para AIS de los PP.	20	0	0	DEFICIENTE
IPRESS con adecuacion de servicios con pertinencia intercultural	20	0	0	DEFICIENTE
Cuenta, conoce y cumple el monitoreo de metas fisicas de los Programas Presupuestales	20	0	0	DEFICIENTE
Cuenta, Conoce, monitorea cumple con el avances de los compromisos de gestion, (Convenio de Gestión, SIS, FED, según fichas técnicas establecidos)	20	0	0	DEFICIENTE
Cuenta, Conoce, realiza la atención de casos COVID según corresponda	2	0	0	DEFICIENTE
Cuenta, participa y evalua la implementacion de Ordenanzas Municipales y/o Resolución de Alcaldia	2	0	0	DEFICIENTE
Cuenta, capacita e implementa la vigilancia comunal por los Agentes Comunitarios/Actor Social y Organizaciones Sociales (comites comunales en salud) en el marco de las prioridades sanitarias	20	0	0	DEFICIENTE
Cuenta, planifica y capacita a docentes de Instituciones Educativas	20	0	0	DEFICIENTE
Realiza salidas de proyeccion comunitaria para las Actividades EXTRAMURALES	20	0	0	DEFICIENTE
IPRESS tiene organizado SECTORIZACION	2	0	0	DEFICIENTE
Ejecuta y evalua acciones de comunicación de los programas presupuestales	20	0	0	DEFICIENTE
TOTAL	426	0	0	DEFICIENTE

PUNTAJE	CALIFICACION
>= 95%	OPTIMO
>= 80%, <95%	ACEPTABLE
> = 65% < 80%	POR MEJORAR
> = 30% < 65%	EN PROCESO
<30%	DEFICIENTE

COMPONENTE GESTION

N°	0 Contenido mínimo del criterio	00/01/1900 Fuente de Verificación	PROGRAMAS PRESUPUESTALES										RESULTADO				
			PP. DIT	PP S.MATERN. N.	P.P.TBC-ITS/VIH-SIDA	Enf. Metaxenicas y Zoonosis	P.P Enf.no Transmisibles	P.P. Salud Mental	PP. C.P. CANCER	PP 068 RVA de Emerg. Desastre	PP 104 RM Emerg., y Urg., medicas	PP Personas con discapacidad	p. esperado	p. obtenido	%	Valoracion	
			Calif	Calif	Calif	Calif	Calif	Calif	Calif	Calif	Calif	Calif	Calif	Calif	Calif		
1	Los planes de trabajo/Plan de Salud Local (CLAS) es elaborado por el equipo de gestion, según estructura de normativa vigente, . 0: Plan de trabajo no es elaborado por el equipo de gestion 1: Plan de trabajo cumple con estructura de normativa vigente 2: Plan de trabajo se elabora según estructura de normativa vigente y es de conocimiento de todo el personal de salud	*Plan de trabajo de IPRESS (considera todos los programas presupuestales) *Actas de reuniones *Entrevista al personal de salud												20	0	0	
2	Responsable de programas presupuestales, estrategias sanitarias, definen sus metas según los criterios de programacion vigentes: 0: Programas presupuest. No cuentan con criterios de programacion 1: Programas presupuest. define sus metas parcialmente segun criterios de programacion 2: Prog. Presupuestal define el 100% de sus metas segun criterios de programacion	*Criterios de programacion de programas presupuestales. *Matriz 01 del Plan de Trabajo												20	0	0	
3	El personal de salud tiene asignada sus funciones segun MOF de la IPRESS: 0: No hay documento que muestren la asignación de Funciones segun MOF 1: Documento(s) oficial(es) de asignación de fuciones segun MOF de algunos trabajadores 2: Documento(s) oficial(es) de asignación de todos los trabajadores de salud	**Documento de asignación Funciones *MOF												20	0	0	
4	IPRESS realiza seguimiento y levantamiento de observaciones de las supervisiones recibidas 0= No realiza levantamiento de observaciones 1= Realiza seguimiento y levantamiento a la observaciones de las supervisiones recibidas de todos los Prog. Presup. 2= Cuenta con informe de levantamiento de observaciones de supervisión de los PP.	*Informe de Supervision *Informe de Levantamiento de Observaciones de supervisiones												20	0	0	
5	Cuenta, realiza y socializa los resultados de la Evaluación (anual y semestral) de los Programas Presupuestales a nivel de iPRESS 0= No realiza ni socializa resultados de evaluacion anual y semestral 1= Realiza evaluacion anual y semestral de Prog. Presup. en reunion con personal de salud. 2= Cuenta con informe tecnico de evaluacion anual y semestral de programas presupuestales	* Excel de Evaluacion anual y semestral *Acta de reunion de evaluacion anual y semestral *Informe Tecnico de evaluacion anual y semestral												20	0	0	
6	Cuenta, identifica y prioriza e incorpora la brecha de equipos básicos de los Programas Presupuestales en el Plan de Equipamiento y Plan de Mantenimiento de Equipos de la IPRESS. 0= Inventario de patrimonio no se encuentra actualizado 1= cuenta con Información del inventario de Patrimonio actualizado y programas presupuest. identifican brecha de equipos. 2= Existe congruencia de Inventario de patrimonio con plan de equipamiento y mantenimiento de brecha de equipos basicos identificados y priorizados por programas presupuestales de la IPRESS.	*Inventario de patrimonio actualizado *informe de identificacion y priorizacion de equipos basicos *Plan de equipamiento y mantenimiento de equipos de la IPRESS												20	0	0	
PUNTAJE OBTENIDO			0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	120	0	0	
PUNTAJE ESPERADO			12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12				
PORCENTAJE			0	0	0	0	0	0	0	0	0	0					

Valoracion	CALIF
CUMPLE	2
CUMPLE PARCIALMENTE	1
NO CUMPLE	0
NO APLICA	NA

PUNTAJE	Valoracion
>= 95%	OPTIMO
>= 80%, <95%	ACEPTABLE
>= 65% < 80%	POR MEJORAR
>= 30% < 65%	EN PROCESO
<30%	DEFICIENTE

COMPONENTE ORGANIZACIÓN

N°	0	00/01/1900	PROGRAMAS PRESUPUESTALES										RESULTADO					
			Contenido mínimo del criterio	Fuente de Verificación	PP. Desarrollo Inf. Temprano	PP S. Materno Neonatal	P.P.TBC-ITS/VIH-SIDA	Enf. Metaxenicas y Zoonosis	P.P. Enf. no Transmisibles	P.P. Salud Mental	PP. CONTROL Y PREV. CANCER	PP 068 RVA de Emerg. Desastre	PP 104 RM Emerg., y Urg., medicas	PP 129 Personas con Discapacidad	p. esperado	p. obtenido	%	Valoración
					Calif	Calif	Calif	Calif	Calif	Calif	Calif	Calif	Calif	Calif	Calif	Calif		
1	El responsable del Programa cuenta con memorandum de Responsable de Programa Presupuestal, Estrategia sanitaria, otros 0: No cuenta con documento de responsabilidad 1: Algunos Programas Presupuestales cuentan con documento de responsabilidad 2: Todo los programas cuentan con documento de responsable de P.P.	Memorándum de Responsable de P. Presupuestal, ESN, otros.											20	0	0	DEFICIENTE		
2	IPRESS tiene conformado comites según programa presupuestal 0: Prog. Presupuestal y otros no tienen conformado comites 1: Programas Presupuestales cuentan con comites conformados y se reunen periodicamente segun cronograma 2: Comites conformados, realizan seguimiento a acuerdos asumido	Resolucion Directoral o Memorándum de asignación de funciones Cronograma de reuniones Libro de actas de reuniones, Citaciones Lista de asistencia											20	0	0			
3	Cuenta, analiza y retroalimenta los sistemas de información 0= No Cuenta con los registros, reportes de información actualizados 1= Cuenta con los registros, reportes de información actualizados 2= Cuenta, analiza y retroalimenta las inconsistencias de la información de los diferentes subsistemas. (existe consistencia de datos entre el registro de la Historia Clínica, HIS, FUA, receta, registro diario y se encuentra acutalizado a la fecha)	Reporte de informacion estadistica, Informes, correos electronicos, whatssap *HIS MINSA actualizado y reportes operacionales mensuales *Padron nominal actualizado *Siche *SIGTB (solo IPRESS cabecera MR) *Registro resultados (PAP Y PSA, colon y recto), registro nominal casos VIH, Sifilis, HB, y TMI *Resultado de colon, recto, (IPRESS I-3 I-4) * SIASIS (indicadores) * CNV, Wawared											20	0	0			
4	Cuenta, monitorea las Normas Técnicas de Salud / Guía Práctica Clínica/Directiva Sanitaria vinculadas a los Programas Presupuestales. 0= No cuenta con la disponibilidad de normas vigentes segun lista de chequeo de los Programas Presupuestales) 1= Cuentay monitorea la disponibilidad de algunas normas vigentes 2= Cuenta y monitorea todas las normas	Lista de Chequeo de normas, documento de monitoreo de normas											20	0	0			
5	Implementa las Normas Técnicas de Salud / Guía Práctica Clínica/Directiva Sanitaria vinculadas a los Programas Presupuestales. 0= No realiza auditoria de HCL 1= Desarrolla Auditorias de HCL (informe de evaluacion de registro)de los Programas Presupuestales 2= Realiza seguimiento al cumplimiento de las recomendaciones	Informes de auditoria *evaluacion de registro de HCL *Informe de auditoria programada * Informe de auditoria de caso											20	0	0			
6	Cuenta, ejecuta y mejora las competencias del personal en las Intervenciones priorizadas del PP 0= No Cuenta con capacitaciones en intervenciones priorizadas de los PP 1= Cuenta con cronograma de las capacitaciones (segun TDR de capac. de P.P.) 2= P.P. y ejecuta las capacitaciones de acuerdo a cronograma	Plan de trabajo de la IPRESS con TDR de capacitacion Plan de Capacitacion con TDR de capacitacion Cronograma de capacitaciones Relacion de personal capacitado Informe de actividad de capacitacion											20	0	0			
7	Cuenta, analiza y tiene Disponibilidad/ Stock de productos farmaceuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios 0= No Cuenta con ICI actualizado 1= Cuenta con ICI actualizado y analiza la disponibilidad de Productos Farmaceuticos, Dispositivos Médicos y Productos 2= Tiene stock por tres meses en los últimos seis meses de productos farmaceuticos y realiza acciones de devolucion o transferencia de productos en caso de vencimiento pronto	ICI actualizado. Acta de devolucion medic Acta de transferencia.											20	0	0			

COMPONENTE ORGANIZACIÓN

Nº	0	Contenido mínimo del criterio	00/01/1900	Fuente de Verificación	PROGRAMAS PRESUPUESTALES											RESULTADO				
					PP. Desarrollo Inf. Temprano	PP S. Materno Neonatal	P.P.TBC-ITS/VIH-SIDA	Enf. Metaxenicas y Zoonosis	P.P. Enf.no Transmisibles	P.P. Salud Mental	PP. CONTROL Y PREV. CANCER	PP 068 RVA de Emerg. Desastre	PP 104 RM Emerg. y Urg. medicas	PP 129 Personas con Discapacidad	p. esperado	p. obtenido	%	Valoracion		
					Calif	Calif	Calif	Calif	Calif	Calif	Calif	Calif	Calif	Calif	Calif	Calif	Calif			
8		Cuenta y monitorea la disponibilidad de medicamentos e insumos para AIS de los PP.(anexo med. insumos) 0= El P.P. cuenta con disponibilidad de medicamentos e insumos necesarios para realizar AIS menos del 50% 1= El P.P. cuenta con disponibilidad de medicamentos e insumos necesarios para realizar AIS, entre el 50 y 85% 2= El P.P. cuenta con disponibilidad de medicamentos e insumos necesarios para realizar AIS, >=85%		Relacion de patrimonio FONB P Lista de Chequeo P.P.													20	0	0	
9		Cuenta y monitorea la disponibilidad de equipamiento para AIS de los PP. (anexo equipos) 0= El P.P. cuenta con disponibilidad de equipos necesarios para realizar AIS menos del 50% 1= El P.P. cuenta con disponibilidad de equipos necesarios para realizar AIS, entre el 50 y 85% 2= El P.P. cuenta con disponibilidad de equipos necesarios para realizar AIS, >=85%		Relacion de patrimonio FONB P Lista de Chequeo													20	0	0	
9		IPRESS con adecuacion de servicios con pertinencia intercultural 0= IPRESS no implementa servicios con pertinencia intercultural 1= Algunos servicios implementan aducucion intercultural 2= Todos los servicios y ambientes se encuentran implementados y adecuados con pertinencia intercultural		Servicios, ambientes con adecuacion intercultural													20		0	
PUNTAJE OBTENIDO					1	1	1	1	1	1	1	1	1	1						
PUNTAJE ESPERADO					20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	200	0	0		
PORCENTAJE																				

Valoracion	CALIF
CUMPLE	2
CUMPLE PARCIALMENTE	1
NO CUMPLE	0
NO APLICA	NA

PUNTAJE	Valoracion
>= 95%	OPTIMO
>= 80%, <95%	ACEPTABLE
> = 65% < 80%	POR MEJORAR
> = 30% < 65%	EN PROCESO
<30%	DEFICIENTE

COMPONENTE PROVISION

N°	0	00/01/1900	PROGRAMAS PRESUPUESTALES										RESULTADO					
			Contenido mínimo del criterio	Fuente de Verificación	PP. Desarrollo Inf. Temprano	PP S. Materno Neonatal	P.P.TBC-ITS/VIH-SIDA	Enf. Metaxenicas y Zoonosis	P.P. Enf.no Transmisibles	P.P. Salud Mental	PP. CONTROL Y PREV. CANCER	PP 068 RVA de Emerg. Desastre	PP 104 RM Emerg., y Urg., medicas	PP 129 Personas con Discapacidad	p. esperado	p. obtenido	%	Valoracion
					Calif	Calif	Calif	Calif	Calif	Calif	Calif	Calif	Calif	Calif	Calif	Calif	Calif	
1	Cuenta, conoce y cumple el monitoreo de metas físicas de los Programas Presupuestales 0= No cuenta con Monitoreo actualizado de metas físicas de Programas Presupuestales (matriz 4) 1= Cuenta con Monitoreo actualizado de metas físicas de Programas Presupuestales y socializa los resultados al personal de salud (8,3 % mensual) 2= Realiza informe técnico trimestral de Monitoreo de los Programas Presupuestales según estructura establecida (antecedentes, análisis, conclusiones y recomendaciones)	*Matriz 4 - Avance de metas Físicas (8.3% mensual) *Libro de actas *Informe Técnico de monitoreo de P.P.											20	0	0			
2	Cuenta, Conoce, monitorea cumple con el avances de los compromisos de gestión, (Convenio de Gestión, SISFISSAL, FED, según fichas técnicas establecidos) 0= No cuenta no conoce ficha técnicas establecidas 1= Cuenta y conoce fichas técnicas establecidas 2= Monitorea avance de los compromisos de convenios (FED, Gestión, SISFISSAL)	Fichas técnicas de Convenios FED, Gestión, SISFISSAL Acta, lista de asistencia, Herramienta de monitoreo											20	0	0			
3	Cuenta, Conoce, realiza la atención de casos COVID según corresponda 0= No cuenta, no conoce, y no realiza seguimiento efectivo de los casos COVID por IPRESS, según corresponda. 1= Conoce y retroalimenta el reporte de casos COVID 19 en forma diaria, de acuerdo al Reporte SICOVID, Epidemiológicas, herramienta de monitoreo. 2= Cuenta, conoce, retroalimenta y realiza seguimiento efectivo, de casos COVID positivo según corresponda.	Reporte de SISCOVID Fichas Epidemiológicas, Herramienta de monitoreo, actas, lista de asistencia, informes											2		0			
4	Cuenta, participa y evalúa el Plan de los Comités Distritales de Salud 0= No Cuenta con Comité Distrital de Salud 1= Cuenta e implementa el Plan de los Comités Distritales de Salud 2= Evalúa el avance de la Implementación de los Planes de los Comités Distritales de Salud.	Resolución de Ordenanza Municipal /Resolución de Alcaldía Actas											2		0			
5	Cuenta, capacita e implementa la vigilancia comunal por los Agentes Comunitarios/Actor Social y Organizaciones Sociales (comités comunales en salud) en el marco de las prioridades sanitarias 0= No cuenta con relación de ACS/Actor Social y Organizaciones Sociales (comité comunales en salud) 1= Cuenta con la relación de ACS/Actor Social capacitados por el personal de salud a nivel de Micro redes e IPRESS 2= Cuenta, capacita e implementa la vigilancia comunal de acuerdo a la prioridad sanitaria y el ACS realiza la referencia oportuna a la IPRESS de los hallagos de Niños y Gestantes según corresponda.	Directorio de ACS Directorio organizaciones sociales (comité de salud) TDR de capacitaciones ACS Informe/Listas/link de asistencia Hoja de referencia, notas, whatsapp											20	0	0			
6	Cuenta, planifica y capacita a docentes de Instituciones Educativas 0= No Cuenta con la nómina de II.EE y número de docentes programados 1= Cuenta con la nómina de II.EE y docentes por niveles (inicial, primaria, secundaria, PRONOEI), y socializa al personal de salud en la implementación de los módulos educativos a nivel de IPRESS 2=Cuenta, planifica y capacita a docentes en la implementación de los módulos educativos a nivel de IPRESS	Directorio de II.EE. Nómina de IIEE programadas (Inicial, primaria, secundaria, PRONOEI) Acta de socialización módulos educativos al personal de salud N° de docentes programados Informe de capacitación											20	0	0			

N°	0	00/01/1900	PROGRAMAS PRESUPUESTALES										RESULTADO			
	Contenido mínimo del criterio	Fuente de Verificación	PP. Desarrollo Inf. Temprano	PP S. Materno Neonatal	P.P. TBC-ITS/VIH-SIDA	Enf. Metaxenicas y Zoonosis	P. P. Enf.no Transmisibles	P.P. Salud Mental	PP. CONTROL Y PREV. CANCER	PP 068 RVA de Emerg. Desastre	PP 104 RM Emerg., y Urg., medicas	PP 129 Personas con Discapacidad	p. esperado	p. obtenido	%	Valoración
			Calif	Calif	Calif	Calif	Calif	Calif	Calif	Calif	Calif	Calif	Calif	Calif		
7	Realiza salidas de proyeccion comunitaria para las Actividades EXTRAMURALES 0= No realiza actividades extramurales 1= Cuenta con cronograma de actividades extramurales 2= Cumple con cronograma de actividades extramurales	Cronograma de actividades extramurales Evidencias de cumplimiento de actividades Extramurales										20	0	0		
8	IPRESS tiene organizado SECTORIZACION 0= IPRESS no tiene organizado Sectorizacion 1= Personal de salud cuenta con documento de responsabilidad se Sectorizacion 2= Sector cuenta con folder actualizado de SECTORIZACION	Documento de responsable de sector y funciones correspondientes Folder del sector actualizado										2		0		
9	Ejecuta y evalua acciones de comunicación de los programas presupuestales 0= No realiza acciones de comunicación 1= Dispone de material educativo comunicacional (tripticos, dipticos, rotafolios, banner) 2= Realiza acciones de comunicacion (programas en espacios radiales, mensajes difundidos en ferias a traves de amplificador, en comunidades)	Material educativo, dipticos, tripticos, rotafolios, banner Evidencias de difusion en espacios radiales										20	0	0		
PUNTAJE OBTENIDO			0	0	0	0	0	0	0	0	0					
PUNTAJE ESPERADO			18	18	18	18	18	18	18	18	18	126	0	0		
PORCENTAJE			0	0	0	0	0	0	0	0	0					

Valoración	CALIF
CUMPLE	2
CUMPLE PARCIALMENTE	1
NO CUMPLE	0
NO APLICA	NA

DEFICIENTE	<30%
------------	------

PUNTAJE	Valoración
>= 95%	OPTIMO
>= 80%, <95%	ACEPTABLE
> = 65% < 80%	POR MEJORAR
> = 30% < 65%	EN PROCESO
<30%	DEFICIENTE

MONITOREO DE INTERVENCIONES PRIORIZADAS POR CURSOS DE VIDA

CURSO DE VIDA NIÑO

Nº	0	00-01-00	VALORACION HC			Observaciones
	Procesos Claves	Fuente de verificación	1	2	PUNTAJE	
1	Elaboración de Plan de atención integral del Niño	HCL			0	
2	Tamizaje Metabolico (aplica IPRESS I-3 y I-4)	HCL			0	
3	CRED Completo para la edad	HCL			0	
4	Suplementación preventiva o terapeutica	HCL			0	
5	Vacunas completas para la edad	HCL			0	
6	Dosaje de Hemoglobina	HCL			0	
7	Despistaje parasitológico Test de Graham y Examen Seriado de Heces	HCL			0	
8	Suplementación de Vitamina "A"	HCL			0	
9	Tamizaje de Violencia	HCL			0	
PUNTAJE OBTENIDO			0	0	0	
PUNTAJE ESPERADO			9	9	18	
PORCENTAJE LOGRADO					0,0	

OBSERVACIONES:

Valoración de HC	
No Cumple (NC)	0
Cumple (C)	1
No Aplica (NA)	NA

**MONITOREO DE INTERVENCIONES PRIORIZADAS POR CURSOS DE VIDA
CURSO DE VIDA ADOLESCENTE**

Nº	0	00-01-00	VALORACION HC			Observaciones
	Procesos Claves	Fuente de verificación	1	2	PUNTAJE	
1	Elaboración del Plan de atención de Adolescentes	Historias Clínicas			0	
2	Se realiza la Evaluación Nutricional (IMC)	Historias Clínicas			0	
3	Suplementación preventiva para las adolescentes mujeres de 12 a 17 años	Historias Clínicas			0	
4	Consejería en: Salud mental, alimentación saludable, ITS VIH/SIDA salud sexual y reproductiva	Historias Clínicas			0	
5	Vacunación según Esquema Nacional de Inmunizaciones: DT - VPH	Historias Clínicas HIS MINSA			0	
6	Provisión de métodos anticonceptivos	Historias Clínicas			0	
7	Tamizaje : Violencia, Habilidades Sociales, Transtornos depresivos, Psicosis , uso de Alcohol y drogas	Historias Clínicas			0	
8	Tamizaje para la detección de ITS/VIH-SIDA, Hepatitis B, según corresponda	Historias Clínicas			0	
9	Provisión de Kit para la atención de casos de violencia sexual, según corresponda	Historias Clínicas			0	
10	Sesiones educativas	Historias Clínicas			0	
PUNTAJE OBTENIDO			0	0	0	
PUNTAJE ESPERADO			10	10	20	
PORCENTAJE LOGRADO					0,0	

Valoración de HC	
No Cumple (NC)	0
Cumple (C)	1
No Aplica (NA)	NA

CURSO DE VIDA JOVEN

Nº	0	00-01-00	VALORACION HC			Observaciones
	Procesos Claves	Fuente de verificación	1	2	PUNTAJE	
1	Elaboración del Plan de atención de Joven	HCL			0	
2	Vacunación al joven DT	HCL			0	
3	Evaluación física mínimo 3 veces al año	HCL			0	
4	Realiza la consejería/orientación en planificación familiar, salud sexual y reproductiva, ITS/VIH SIDA y Consejería preventiva para el cáncer, salud mental	HCL			0	
5	Tamizaje de Glucosa, Colesterol, Sifilis, VIH y hepatitis B	HCL			0	
6	Tamizaje y atención de violencia familiar y salud mental	HCL			0	
7	Tamizaje para Cáncer Mujeres: Tamizaje para detección cáncer cuello uterino PAP y entrega los resultados; refiere en caso de ser positivo Varones y mujeres: Tamizaje de cáncer de colon recto, piel	Historia Clínica, ver anexo			0	
8	Provision de métodos anticonceptivos modernos	HCL			0	
9	Atención de Salud Bucal: Alta básica odontológica (ABO)	HCL			0	
PUNTAJE OBTENIDO			0	0	0	
PUNTAJE ESPERADO			9	9	18	
PORCENTAJE LOGRADO					0,0	

Valoración de HC	
No Cumple (NC)	0
Cumple (C)	1
No Aplica (NA)	NA

CURSO DE VIDA ADULTO

Nº	0	00-01-00	VALORACION HC		
	Procesos Claves	Fuente de verificación	1	2	PUNTAJE
1	Elaboración del Plan de atención del Adulto	HCL			0
2	Realiza la evaluación Nutricional del adulto según IMC (peso, talla) y perímetro abdominal.	HCL			0
3	Realiza la consejería/orientación en planificación familiar, salud sexual y reproductiva, ITS/VIH SIDA, diabetes, hipertensión arterial, perimenopausia, menopausia y climaterio y Consejería preventiva para el cáncer	Historia Clínica,			0
4	Tamizaje y valoración clínica con y sin factores de riesgo (Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus)	HCL			0
5	Realiza tamizaje para cáncer: Mujeres: Tamizaje para detección de cáncer de cuello uterino y entrega los resultados, Examen clínico de mama y refiere en caso de ser positivo. Varones: tamizaje para cáncer de próstata (PSA) Toma de muestra envía la muestra y entrega de resultados. varones y mujeres: Tamizaje de cáncer de colon recto, Tamizaje de cáncer de piel	Historia clínica			0
6	Brinda atención en Salud Bucal (examen estomatológico, instrucción de higiene oral, Profilaxis dental, aplicación de fluor barniz)	HCL			0
7	Tamizaje en violencia familiar, sexual, social, alcohol y drogas	HCL			0
8	Tamizaje en e ITS, VIH SIDA y Hepatitis B	HCL			0
9	Provisión de Métodos anticonceptivos modernos	HCL			0
10	Realiza evaluación de agudeza visual, examen de ojos	HCL			0
11	Vacunación: DT, Influenza, Hepatitis B(en caso de no estar vacunados)	HCL			0
12	Visita familiar integral (identificación de riesgos) 3 Veces	HCL			0
PUNTAJE OBTENIDO			0	0	0
PUNTAJE ESPERADO			12	12	24
PORCENTAJE LOGRADO					0,0

Valoración de HC	
No Cumple (NC)	0
Cumple (C)	1
No Aplica (NA)	NA

**MONITOREO DE INTERVENCIONES PRIORIZADAS POR CURSOS DE VIDA
CURSO DE VIDA ADULTO MAYOR**

Nº	0	00-01-00	VALORACION HC			Observaciones
	Procesos Claves	Fuente de verificación	HC 1	HC 2	PUNTAJE	
1	Elaboración del Plan de atención del Adulto Mayor	HCL			0	
2	Aplicación de ficha para la valoración clínica del Adulto mayor	HCL y ficha de VACAM			0	
3	Administración de vacunas: neumococo, influenza, anti amarilica (anti amarilica en zonas endémicas)	HCL			0	
4	Consejería Integral: Autocuidado, Estilos de vida saludable, consejería Preventiva en cáncer, hipertensión arterial, diabetes, salud mental, nutricional, TBC, ITS/VIH SIDA	HCL			0	
5	Brinda atención en Salud Bucal: Destartaje y profilaxis bucal	HCL			0	
6	Realiza evaluación de agudeza visual, examen de ojos ; Evaluación auditiva	HCL			0	
7	Tamizaje y valoración clínica con y sin factores de riesgo (Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus)	HCL			0	
8	Tamizaje de violencia, ansiedad, depresion y adiciones	HCL			0	
9	Tamizaje para cancer: Mujeres: Tamizaje para deteccion cáncer cuello uterino (PAP según el grupo etareo) y entrega los resultados, Examen clinico de mama y refiere en caso de ser positivo. Varones: tamizaje para cáncer de prostata (PSA) Toma de muestray envía Varones y mujeres: Tamizaje de cáncer de colon recto, piel	Historia clínica			0	
10	Visita domiciliaria en adultos mayores de riesgo	HCL			0	
PUNTAJE OBTENIDO			0	0	0	
PUNTAJE ESPERADO			10	10	20	
PORCENTAJE LOGRADO					0,0	

Valoración de HC	
No Cumple (NC)	0
Cumple (C)	1
No Aplica (NA)	NA

**MONITOREO DE INTERVENCIONES PRIORIZADAS POR CURSOS DE VIDA
GESTANTE**

Nº	Procesos Claves	Fuente de verificación	VALORACION HC			Observaciones
			1	2	PUNTAJE	
1	Atención Pre Conceptional	Historia clínica, HIS, FUA			0	
2	Primera Atención Pre Natal: Primer Trimestre 4 exámenes básicos/Perfil Pre Natal (según categoría) Tamizaje de VIF Suplementación de Acido Fólico	Registro Nominal de Gestantes Actualizado Virtual o físico, Historia clínica, HIS, FUA			0	
3	Gestante con 6 controles	Historia clínica según NT 105, HIS y FUA			0	
4	Manejo de la Gestante con anemia según Norma Técnica 134	HC, (Esquema de Tratamiento y control de hemoglobina, HIS, FUA			0	
5	Orientación y Consejería Nutricional, Signos de Alarma (Se incluye algún integrante del entorno familiar en la orientación y Consejería	Historia clínica, según los establece el doc. Técnico de Consejería Nutricional y NT 105			0	
6	Plan de Parto	Historia clínica, Anexo de la NT 105			0	
7	Visita Domiciliaria de Seguimiento de acuerdo a la estrategia de sectorización	Historia clínica, HIS, FUA, Instrumento de VD, Rol de trunco de trabajo extramural y doc Sectorización en el EESS			0	
8	Atención del Parto Institucional (con enfoque de Derechos)	HC de Internamiento de atención de parto institucional Registro de Sala de Partos: tiene establecido la participación de un acompañante (pareja o familiar) durante la atención del parto (Garantiza el pinzamiento tardío de cordón del RN, contacto inmediato piel a piel y Alojamiento conjunto)			0	
9	Atención el Puerperio: PA : Puérpera Atendida PC: Puérpera Controlada	HC: (PA :Control del puerperio dentro primeros 7 días post parto) HC (PC: Segunda ATC ambulatoria, recibió suplementación de Hierro y control de Hemoglobina a los 30 días)			0	
10	Provisión Anticonceptiva Post Parto	Historia clínica			0	
PUNTAJE OBTENIDO			0	0	0	
PUNTAJE ESPERADO			10	10	20	
PORCENTAJE LOGRADO					0,0	0,0

Valoración de HC	
No Cumple (NC)	0
Cumple (C)	1
No Aplica (NA)	NA

PROGRAMA PRESUPUESTAL DESARROLLO INFANTIL TEMPRANO						
	CAPACITACION, COMPETENCIAS	Puntaje	N°	%	CUMPLIM	
NIÑO	1	R.M. N° 959-2006/ MINSa que aprueba el D.S. N° 009-2006 -SA- REGLAMENTO DE ALIMENTACION INFANTIL- Directiva Sanitaria para la implementación de lactarios en EE.SS. y dependencias del MINSa		0	0	0
	2	DOCUMENTO TÉCNICO CURSO TALLER " PROMOCION Y APOYO A LA LACTANCIA MATERNA EN EL EE.SS. AMIGOS DE LA MADRE Y EL NIÑO" - 2009		15		
	3	R.M. N° 707-MINSa/ 2010 "N.T. "ATENCION DE RECIEN NACIDO PRETERMINO CON RIESGO DE RETINOPATIA DEL PREMATURO"				
	4	R.M. N° 828-2013 - MINSa que aprueba la NTS N° 106-MINSa/DGSP-V.01 "NORMA TECNICA DE SALUD PARA LA ATENCION INTEGRAL DE SALUD NEONATAL"				
	5	R.M. 258 - 2014/MINSa "D. T. "PLAN NACIONAL DE REDUCCION DE LA DESNUTRICION CRONICA INFANTIL Y LA PREVENCION DE LA ANEMIA"				
	6	R.M. N° 537-2017/MINSa que aprueba la N.T. 137-MINSa/ 2017/DGIESO NTS PARA EL CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DE LA NIÑA Y NIÑO MENOR DE 5 AÑOS"				
	7	R.M. N° 250-2017/MINSa que aprueba NTS N° 134 MINSa/2017 "NTS PARA EL MANEJO TERAPEUTICO Y PREVENTIVO DE LA ANEMIA EN NIÑOS, ADOLESCENTES , GESTANTES Y PUERPERAS" Y SU MODIFICATORIA RM 229-MINSa 2020				
	8	R. M. N° 497-2017/MINSa que aprueba la N.T. S. N° 136 - 2017/MINSa " NTS PARA EL MANEJO DE CADENA DE FRIO EN LAS INMUNIZACIONES				
	9	R.M. 755-2017/MINSa "GUIA DE PRACTICA CLINICA PARA EL DX Y TTO DE EDA EN LA NIÑA Y EL NIÑO - MANEJO DE ZINC				
	10	R.M. N° 884-2022/MINSa que aprueba NTS N° 196-MINSa/2022/DGIESP "N.T.S. ESQUEMA NACIONAL DE VACUNACION".				
	11	R.M. N° 33-2024/ MINSa "ACTUALIZACION DE NORMA TECNICA DE SALUD QUE ESTABLECE LA VACUNACION CONTRA LA COVID-19" / NTS N° 208-MINSa/DGIESP-2023, NORMA TÉCNICA DE SALUD QUE ESTABLECE LA VACUNACIÓN CONTRA LA COVID-19				
	12	R.M. N° 556-2019/ MINSa " GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE BRONQUIOLITIS EN MENORES DE DOS AÑOS"				
	13	R.M. N° 1041-2019/ MINSa " GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE NEUMONIA EN LAS NIÑAS Y LOS NIÑOS"				
	14	R.M. N° 558-2019/ MINSa " N.T. PARA EL TAMIZAJE NEONATAL DE HIPOTIROIDISMO CONGÉNITO, HIPERPLASIA SUPRARRENAL CONGÉNITA, FENILCETONURIA, FIBROSIS QUÍSTICA, HIPOACUSIA CONGÉNITA Y CATARATA				
	15	R.M. N° 609-2014/MINSa Directiva administrativa ° - V.01 A N 201 MINSa/DGSP Directiva administrativa para la certificación de A C E S establecimientos de salud Amigos de la madre, la niña y el niño				

PROGRAMA	PROGRAMA PRESUPUESTAL SALUD MATERNO NEONATAL	Puntaje	N°	%	CUMPLIM	
SMN	1	NTS N° 105 para la atencion integral de la salud materna (R.M.N° 827-2013MINSa)		0	0	0
	2	Guía de práctica clínica para la atención de emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutoria (R.M. N°695-2006/MINSa)		13		
	3	Norma Técnica para la Atención del Parto Vertical con Adecuación Intercultural (R. M. N° 598-2005/MINSa NT N° 033-MINSa/DGSP-V.01)				
	4	Guia tecnica de atencion integral de personas afectadas por la violencia Basada en Genero (R.M. N° 141-2007/MINSa)				
	5	Normas Tecnica de planificación familiar (R.M. N° 652-2016/ NTS N° 124-2016-MINSa/DGSP-V-01)				
	6	Adecuación Cultural de la Orientación/Consejería en Salud Sexual y reproductiva". (RM N° 278-2008/MINSa)				
	7	RM-251-2019- D.S. N° 084 Funcionamiento Comites Prevencion Mortalidad Matern. Fetal y Neonatal				

8	Guia Tecnica Consejeria Nutricional en el Marco de la atencion integral de Salud de la Gestante y puerpera (R.M.Nº 460-2015/MINSA)	
9	NTS para el Manejo Terapeutico y Preventivo de la Anemia en Niños, Adolescentes, Mujeres, Gestantes y Puerperas (R.M. Nº 250-2017/MINSA/N.T.S.Nº 134-DGIESP)	
10	NTS Atencion integral y Diferenciada de la Gestante Adolescente durante el Embarazo, Parto y Puerperio	
11	D.S. Nº 001-2013 para la Vigilancia de morbilidad Fetal, Neonatal Materna Extrema.	
12	RM 815-2010 Gestion Local para la implementacion y el funcionamiento de la casa Materna.	
13	DS Nº 001-MINSA para la Evaluacion de la funciones Obstetricas y Neonatales en IPRESS	

PROGRAMA PRESUPUESTAL TBC-ITS/VIH-SIDA		Puntaje	Nº	%	CUMPLIM
E.S. DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA TUBERCULOSIS (ESPCTB)	1	RESOLUCION MINISTERIAL NRO. 339-2023-MINSA NORMA TECNICA DE SALUD NTS# 200 PARA EL CUIDADO INTEGRAL DE LA PERSONA , FAMILIA Y COMUNIDAD	0	0	0
	2	LEY NRO. 30287, LEY DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA TUBERCULOSIS	17		
	3	R.M. Nro. 025-2017 MIDIS FUNCIONAMIENTO DE LA MODALIDAD DE COMPLEMENTACION ALIMENTARIA PARA LA PERSONA AFECTADA POR TUBERCULOSIS - PAN TBC DEL PCA, CUYO TEXTO, EN ANEXO , FORMA PARTE DE LA PRESENTE RESOLUCION.			
	4	RM 025-2017, Directiva Nro. 001-2017-MIDIS "Funcionamiento de la Modalidad de Complementación Alimentaria para la persona Afectada por Tuberculosis – PAN TBC del Programa de Complementación Alimentaria".			
	5	RM 653-2014/ MINSA, Documento Técnico: Formulación de la ración alimentaria del Programa de Complementación Alimentaria para la Persona Afectada por Tuberculosis			
ITS	6	RM Nº264-2009/MINSA ocumento tecnico Consejeria en ITS,VIH y SIDA			
	7	RM Nº 117-2015/MINSA NT SALUD PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA N SALUD PUBLICA DE LA INFECCION POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH) Y DE LA INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL (ITS) EN EL PERU.			
	8	RM 1138-2019/MINSA NTS 159 -MINSA /2019/DGESP NT DE SALUD PARA LA PREVENCIÓN DE LA TRANSMISION MATERNO INFANTIL DEL VIH,SIFILIS Y HEPETITIS B.			
	9	RM.-Nº 1024-2020. NTS Nº169 /MINSA 2020/DGIESP-V.03 NT de salud de atencion Integral del adulto con infeccion por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana(VIH)"			
	10	RM 882-2020 MINSA NT Nº 167-MINSA/2020/ DGIESP NT DE SALUD PARA LA ATENCION INTEGRAL DE LAS NIÑAS ,NIÑOS Y ADOLESCENTES CON INFECCION POR EL VIRUS DE LA DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH)			
	11	RM.Nº1330-2018/MINSA.NTS Nº 146-MINS/DGIESP-orma tecnica de salud para la Prevencion,Diagnostico y Tratamiento de la Hepatitis B en el Peru.			
	12	RM.Nº1317-2018/MINSA.NTS °145-MINSA /DGIESP Norma tecnica de salud para la prevencion ,Diagnostico y Tratamiento de la Hepatitis Viral C en en Peru.			
	13	NTS 143-2018/MINSA.Norma Tecnica de salud para la prevencion y control de la coinfeccion Tuberculosis y VIH en el Peru.			
	14	RM Nº 227-2019- DIRECTIVA SANITARIA PARA EL Uso de Kit para la atencion de casos de Violencia Sexual			
	15	NTS Nº 115-MINSA/DGEV.01Norma Tecnica de Salud para la vigilancia Epidemiologica en la salud Publica de la Infeccion por VIH y las Infecciones de Transmision Sexual(ITS) en el Peru.			
	16	RM Nº 576-2023/MINSA NTS Nº 204-MINSA/DGIESP-2023NTS PREVENCIÓN CONVINGADA DEL VIRUS DE DE LA INMUNODEFICINCIA HUMANA PARA			
	17	Manual de registro y codificacion de actividades de la direccion de prevencion y control del vih-Sida,Enfermdades de transmision sexual y hepatitis-DPVIH			

PROGRAMA PRESUPUESTAL 017: ENFERMEDADES METAXENICAS Y ZONOSIS			Puntaje	Nº	%	UMPLIM
METAXENICAS S zoonosis	1	NTS N° 131-2017 - DGIESP / MINSA, Vigilancia Prevencion y Control de la Rabia humana en el Peru		0	0	0
	2	NTS N° 148-MINSA/2019/DGIESP Norma Tecnica para la Vigilancia, Prevencion y Control de Faciolosis en el Peru		9		
	3	NTS N° 07-MINSA-DGSP, Prevencion y Tratamiento de Accidentes por animales Ponzñosos				
	4	NTS N° 049-MINSA/DGSP/ MINSA para atencion Integral de la Personas Afectada con Leptospirosis en el Peru				
	5	NT Vigilancia, Prevencion y Control de la Fasciolosis en el Peru				
	6	NTS para atencion malaria grave en el Peru (RM N° 116-2015-MINSA)				
	7	Guia de Practica clinica de casos de atencion de Dengue en el peru (RM 071-2017/MINSA)				
	8	Guia de Practica Clinica para la Atencion de Chicungunya en el Peru (RM 733-2014- MINSA)				
	9	NTS N° 048 - MINSA/DGSP Atencion de la Bartonelosis o Enfermedad de Carrion en el Peru				
PROGRAMA PRESUPUESTAL 0018 : ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES			Puntaje	Nº	%	UMPLIM
HTA DIABETES	1	RM N° 031- 2015/MINSA "Guía de practica clínica para la prevención y control de enfermedad hipertensiva en el primer nivel de atención",		0	0	0
	2	RM N° 719- 2015/MINSA "Guía de Práctica Clínica para la prevención, diagnóstico, tratamiento y control de la Diabetes Mellitus 2"		18		
	3	RM N° 226-2016/MINSA. Guia de Practica Clinica para el diagnostico, Tratamiento y Control del Pie Diabetico,				
	4	RM N° 039-2017/MINSA. Guia de Practica Clinica para el Diagnostico, Manejo y Control de Dislipidemia, Complicaciones Renales y Oculares en Personas con Diabetes Mellitus Tipo 2				
	5	RM N° 1120-2017/MINSA. Guia Tecnica para la Identificacion, Tamizaje y Manjeo de Factores de Riesgo Cardiovasculares y de Diabetes Mellitus Tipo 2.				
SALUD OCULAR	6	N.T. RM N° 537-2009/MINSA Guía de practica clínica para Tamizaje, Detección y Tratamiento de Catarata				
	7	N.T: RM N° 648-2014/MINSA Guía de practica clínica para la Deteccion, Diagnostico, Tratamiento y control de Errores refractivos en Niñ@s mayores de 03 años niños y adolescentes				
	8	Resolución Ministerial N.º 734-2022-MINSA Plan de Gestión de Salud Ocular y Prevención de la Ceguera 2022-2026 y el Manual de Registro y Codificacion del HIS para salud ocular				
SALUD BUCAL	9	Normas técnicas: RM 453-2005 Guias de Practica Clinica Estomatologica.				
	10	Norma Técnica de Salud N°188-2022/MINSA: Norma Técnica para el uso de. Odontograma				
	11	Normas técnicas: RM 593 N.T. Guia de practica clinica diagnostico y tratamiento del Edentulismo Total.				
	12	Normas técnicas: Guia dePractica Clinica Para la Prevencion, Diagnostico y Tratamiento de la Caries Dental en Niños.				
	13	El encargado de brindar la atención esta capacitado en las Guias de Practica Clinica (acta de capacitacion)				
METALES PESADOS	14	Guia de Practica Clinica para el Diagnostico y tratamiento de la Intoxicacion por Arsenico RM N° 389-2011/MINSA				
	15	Guia de Practica Clinica para el Diagnostico y tratamiento de la Intoxicacion por Cadmio y Mercurio RM N° 757-2013/MINSA				
	16	Guia de Practica Clinica para el Manejo de pacientes con Intoxicacion por Plomo RM N° 400-2017/MINSA				
	17	NT nº 111-MINSA/DGE-V01 Vigilancia epidemiologica en Salud Publica de Factores de Riesgo por Exposicion e Intoxicacion por Metales Pesados.				
	18	DS N° 126-MINSA/2020/DGIESP"Directiva Sanitaria que establece el procedidmiento para el abordaje integral de la poblacion expuesta a metales pesados, metaloides y otras sustancias quimicas".				
PROGRAMA PRESUPUESTAL: CONTROL Y PREVENCION EN SALUD MENTAL			Puntaje	Nº	%	UMPLIM
	1	RM N° 141-2007/MINSA Guia Tecnica de Atencion Integral de Personas Afectadas por la Violencia Basada en Genero		0	0	0

ATENCIÓN INTEGRAL	2	RM N° 648-2006/MINSA N.T. Guía de práctica clínica de Salud Mental y Psiquiatría: Depresión, Conducta Suicida y Consumo de sustancia Psicotropas		10		
	3	RM N° 750-2008/MINSA N.T. Guía de práctica Clínica para el diagnóstico y tratamiento de la psicosis en el primer y segundo nivel de atención				
	4	Normas técnicas: -Guía educativa para sesiones en habilidades sociales en niños y adolescentes				
	5	Guía práctica Clínica de Trastornos Mentales y del Comportamiento debido al Consumo de Sustancias Psicotropas, RM. N° 648-2006/MINSA (18/07/06)				
	6	Guía práctica Clínica en Depresión. RM. N° 648-2006/MINSA (18/07/06)				
	7	Guía práctica Clínica de Conducta Suicida. RM. N° 648-2006/MINSA (18/07/06)				
	8	Guía práctica Clínica de Psicosis. RM N° 750-2008/MINSA (26/10/08)				
	9	Guía técnica cuidado de la salud mental de la población, familia y comunidad afectada en el contexto del covid-19				
	10	Guía técnica del cuidado de la salud mental del personal de la salud en el contexto del covid-19				
	PROGRAMA PRESUPUESTAL: PREVENCIÓN Y CONTROL DE CÁNCER			Puntaje	N°	%
ATENCIÓN INTEGRAL	1	Dirección Sanitaria N085-MINSA/2019 DGIESP		0		
	2	MODULO 1,2,3,4 DL CÁNCER DEL CUELLO UTERINO VPH (Molecular y termocuagulación)		12	0	0
	3	Manual de consejería preventiva-2012				
	4	Guía práctica clínica del cáncer de próstata				
	5	Manual de codificación de atención en la consulta externa-2022				
	6	Ley Nacional del cáncer ley 31336, decreto supremo N° 004-2022-SA que aprueba el reglamento de la ley nacional del cáncer.				
	7	Manual de prevención del cáncer de piel incluido por la exposición prolongada a la radiación ultravioleta.				
	8	Manual en salud prevención del cáncer				
	9	Manual de promoción de la salud y prevención del cáncer, dirigido a Agentes comunitarios de salud.				
	10	Plan Nacional de cuidados integrales del Cáncer (2020-2024)				
	11	Manual del curso clínico de prevención secundaria para el cáncer del cuello uterino basado en inspección visual con ácido acético y crioterapia.				
	12	Manual de las definiciones Operacionales.				
P.P. 068: REDUCCIÓN DE LA VULNERABILIDAD Y ATENCIÓN DE EMERGENCIAS POR DESASTRES			Puntaje	N°	%	CUMPLIM
ATENCIÓN DE EMERGENCIAS Y DESASTRES	1	Directiva S. N° 043 - 2004-OGDN-MINSA ; Procedimiento para la elaboración de planes de respuesta frente a emergencias y desastres.		0		
	2	Directiva S N° 040-2004-OGDN-MINSA; PROCEDIMIENTO para la Elaboración de Planes de Contingencia Frente a Emergencias y Desastres.		6	0	0
	3	Directiva N° 250-2018/MINSA/DIGERD; organización y Funcionamiento del COE Salud y el EMEDSalud.				
	4	Directiva I N° 035-MINSA/DGE-V.01; Procedimiento de Aplicación del Formulario Preliminar de Evaluación de Daños y Análisis de Necesidades de Salud en Emergencias y Desastres.				
	5	Directiva N° 037-MINSA/DGE-V. 01 Norma Técnica de Salud para Señalización de Seguridad de los Establecimientos de Salud y Servicios.				
	6	Directiva N° 036- MINSA/DGE- V.01 Declaratoria de Alerta en Situaciones de Emergencia y Desastres.				
P.P. 104 : REDUCCIÓN DE MORTALIDAD POR EMERGENCIAS Y URGENCIAS MÉDICAS			Puntaje	N°	%	CUMPLIM
EQUIPAMIENTO BÁSICO	1	Cuenta con la Directiva Sanitaria N° 051 MINSA/DGE-V.01. Norma Técnica de Salud para el Transporte Asistido de Pacientes por Vía terrestre		1	0	0
P.P. 068: PREVENCIÓN Y MANEJO DE CONDICIONES SECUNDARIAS DE SALUD EN PERSONAS CON			Puntaje	N°	%	CUMPLIM
MANEJO DE CONDICIONES	1	RM N° 981/MINSA, NTS N° 127-MINSA/2016/DGIESP Norma Técnica de Salud para la Evaluación, Calificación y Certificación de la Persona con Discapacidad		0		

SECCIONES SECUNDARIAS DE SALUD EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD	2	RM N° 457-2017-MINSA, NTS N° 135-MINSA/2017/DGIESP: "Norma Técnica de Salud para la Implementación de la Estrategia de Rehabilitación Basada en la Comunidad - RBC"		3	0	0
	3	LEY GENERAL DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD LEY N° 29973 Y SU REGLAMENTO				

CALIFICACION	PUNTAJE	CALIFICACION	PUNTAJE
Tiene, cuenta con norma en fisico o magnetico (equipo de computo de la institucion)	1	>= 85%	2
No cuenta con normas	0	50 a 84%	1
		<50%	0

PROGRAMA PRESUPUESTAL DESARROLLO INFANTIL TEMPRANO								
UPS	N°	MEDICAMENTOS INSUMOS	Stock	F. Vencimiento	Puntaje	N°	%	CUMPLIM
ATC INMEDIATA RECIEN NACIDO	1	Guantes				0	0	0
	2	Clamp umbilical				13		
	3	Dispositivo de succion						
	4	Fitomenadiona						
	5	Tetraciclina						
	6	Jeringa de 25 g.						
ATC INTEGRAL DE SALUD	7	Hierro polimaltosado en gotas						
	8	Sulfato ferroso en gotas						
	9	Sulfato ferroso en jarabe						
	10	Vacuna Rotavirus						
	11	Vacuna Neumococo						
	12	Vacuna POLIO						
	13	Vacuna SPR						
PROGRAMA PRESUPUESTAL SALUD MATERNO NEONATAL								
PLANIFICACION FAMILIAR			Stock	F. Vencimiento	puntaje	N°	%	CUMPLIM
PPFF	1	En consultorio externo se dispone de Insumos de Planificacion Familiar				0	0	0
						47		
CLAVE AZUL	1	Cl Na al 9% 2 frascos						
	2	2. Equipo de Venoclis 2 unid.						
	3	3. Catéter N° 18 2 unid.						
	4	4. Sulfato de Magnesio 20% 8 amp.						
	5	5. Metildopa 500mg 4 unid.						
	6	6. Nifedipino 10mg 3 unid.						
	7	7. Tubo de Mayo N°4 1 unid.						
	8	8. Guantes quirúrgicos 4 unid.						
	9	9. Sonda Foley N°14 1 unid.						
	10	10. Bolsa Colectora 1 unid.						
	11	11. Jeringa 10 cc 4 unid.						
	12	12. Jeringa 5cc 4 unid.						
	13	13. Bombilla de aspiración 1 unid.						
	14	14. Aguja N°21 4 unid						
CLAVE ROJA	1	ClNa al 9%2 frascos						
	2	Poligelina 2 unid.						
	3	Equipo de venoclis 2 unid.						
	4	Catéter endovenoso No 16 ó 18 3 unid.						
	5	Jeringas 5 cc 3 unid.						
	6	Oxitocina 10 UI 10 amp.						
	7	Ergometrina Maleato 0.2 mg 2 amp						
	8	Misoprosol 200 ug 4 tab						
	9	Tubo de Mayo No 4 1 unid.						
	10	Guantes quirúrgicos 3 unid.						
	11	Sonda Foley No 14 1 unid.						
	12	Bolsa colectora 1 unid.						
	13	Esparadrapo pequeño 1 unid.						
	14	Ligadura 1 unid.						
	15	Alcohol 50 cc 1 unid.						
	16	Algodón en torunda 8 unid						
CLAVE AMARILLA	1	ClNa al 9%2 frascos						
	2	Equipo de venoclis 2 unid.						
	3	Catéter endovenoso No 16 ó 18 2 unid.						
	4	Ampicilina 1 gr 1 Fco. 1 fco						
	5	Jeringas 5 cc 3 unid.						
	6	Clindamicina 600 mg 2 Amp 2 amp						
	7	Oxitocina 10 UI 3 Amp. 3 amp.						
	8	Ranitidina 50 mg 1 Amp. 1 amp.						
	9	Metamizol 1 gr 2 Amp. 2 amp.						
	10	Furosemida 20 mg 1 Amp. 1 amp.						
	11	Sonda foley N° 14 1 Unid. 1 unid.						
	12	Colectora de orina 1 Unid. 1 unid.						

13	Jeringas 10 cc 2 unid.			
14	Jeringas 5 cc 4 unid.			
15	15.- Aguja N° 23 2 Unid.2 unid.			
16	16.- Aguja N° 212 unid.			

PROGRAMA PRESUPUESTAL TBC-ITS/VIH-SIDA

UPS	N°	MEDICAMENTOS INSUMOS	Stock adecuado	F. Vencimiento	Puntaje	N°	%	CUMPLIM
TBC	1	Envases de Esputo				0	0	0
	2	Respirador N95				19		
	3	Guantes Quirurgicos						
	4	Mandilon Descartable						
	5	Laminas Portaobjetos						
	6	Bajalenguas						
	7	Isoniacida 100 mg						
	8	Rifampicina 300 mg						
	9	Etambutol 400 mg						
	10	Pirazinamida 500 mg						
	11	Pruebas Rapidas de VIH						
ITS	1	Prueba Rapida para VIH.						
	2	Prueba Rapida para Sifilis						
	3	Prueba Rapida Hepatitis.						
	4	Preservativos para ITS						
	5	Guantes Descartables.						
	6	Bolsas Rojas para el descarte de material Biocontaminados.						
	8	Reloj de pared						
	9	Cuenta con el Kit de ATC de Casos de Violencia Sexual contra la mujer(anexo ITS)						

PROGRAMA PRESUPUESTAL 017: ENFERMEDADES METAXENICAS Y ZONOSIS

UPS	N°	MEDICAMENTOS INSUMOS	Stock adecuado	F. Vencimiento	Puntaje	N°	%	CUMPLIM
ZOONOSIS	1	Cuenta con la vacuna antirrabica humana y esta guardado en la misma cadena de frio que el resto de las biologicos?				1	0	0

PROGRAMA PRESUPUESTAL 0018 : ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

UPS	N°	MEDICAMENTOS INSUMOS	Stock adecuado	F. Vencimiento	Puntaje	N°	%	CUMPLIM
Medicamentos e insumos	1	Hidroclorotiazida 25 mg				0	0	0
	2	Furosemida 40 mg				25		
	3	Captopril 25 mg						
	4	Enalapril maleato 20 mg						
	5	Losartan Potasico 50 mg						
	6	Amlodipino 5 mg						
	7	Nifedipino 30 mg						
	8	Metildopa 250 mg						
	9	Metformina 500 mg						
	10	Glibenclamida 5 mg						
SALUD OCULAR	11	Cartilla de snellen para letrados e iletrados						
	12	Oclusor						
	13	Letra E de madera de 8.8 cm de alto y 8.8 cm de ancho						
	14	Puntero de madera: para señalar las letras o figuras						
	15	Soga inextensible de 6 metros						
SALUD BUCAL	16	Sellantes						
	17	Flour Gel						
	18	Fluor Barniz						
	19	Inomero de vidrio						
	20	Reina Fotocurado						
	21	Hidroxido de Calcio						
	22	Pasta de Profilaxis						
	23	Cemento Fosfato de Zinc.						
	24	Cemento Eugenato de Zinc						
	25	Pelicula Radiografica Dental						

PROGRAMA PRESUPUESTAL 104: REDUCCION DE MORTALIDAD POR EMERGENCIAS Y URGENCIAS MEDICAS

UPS	N°	MEDICAMENTOS INSUMOS	Stock adecuado	F. Vencimiento	Puntaje	N°	%	CUMPLIM
MALETIN SOPORTE BASICO DE VIDA DE AMBULANCIA	1	Agua destilada 1000 ml .				0	0	0
	2	Agua destilada 10 ml.				84		
	3	Adrenalina1/10,000 1ml						
	4	Atropina de 1 mg						
	5	Bicarbonato de sodio 8.4%x20ml						
	6	Captopril de 25mg						
	7	Clorfenamina10mg						
	8	Cloruro de potasio 14 %						
	9	Cloruro de sodio 0.9% 1000ml						
	10	Cloruro de sodio 20%						
	11	Dexametazona 4 mg						
	12	Dextrosa 33 % x 20 ml .						
	13	Dextrosa 5% x 1000ml						
	14	Diclofenaco 75mg,						
	15	Dimenhidrinato 50mg						
	16	Fenoterol 0.5% fco						
	17	Fenobarbital sódico 200mg / Diazepan						
	18	Furosemida 20mg						
	19	Expansor de plasma 500ml,						
	20	Lidocaina spray 10%						
	21	Metamizol1gr						
	22	Metilprednisolona						
	23	Sulfato de Magnesio 20 %						
	24	Salbutamol(inhalador)						
	25	Suero Fisiologico 10ml						
	26	Lidocaina 2% Fco.						
	27	Lidocaina en jalea 2%						
	28	Materiales e Insumos						
	29	Agua Oxigenada						
	30	Agua descartable						
	31	Aguja descartable N° 18						
	32	Aguja descartable N° 22						
	33	Aguja descartable N° 25						
	34	Alcohol yodado						
	35	Algodón esteril en torundas						
	36	Baja lenguas						
	37	Bolsa colectora						
	38	Canula binasal						
	39	Cateter periferico N° 16						
	40	Cateter periferico N° 18						
	41	Cateter periferico N° 20						
	42	Cateter periferico N° 22						
	43	Cateter periferico N° 24						
	44	Equipo de microgotero (Volutrol)						
	45	Equipo de venocllisis						
	46	Equipo de Cirugia 02 piezas.						
	47	Equipo de Cirugia 06 piezas.						
	48	Espaciador aero-cámara pediátrica						
	49	Gasas estériles						
	50	Guantes descartables esteriles.						
	51	Guantes descartables para examen.						
	52	Guia para colocación de tubo endotraqueal						
	53	Jeringa descartable 50 ML.						
	54	Jeringa descartable 20 ML.						
	55	Jeringa descartable 10 ML.						

56	Jeringa descartable 5 Ml.			
57	Mascara de nebulización adulto .			
58	Mascara de nebulización pediátrico.			
59	Mascara Reservorio Adulto			
60	Mascara Reservorio Pediatrico.			
61	Mascara de Venturi Adulto.			
62	Mascarillas Descartables			
63	Sonda de Aspiracion N° 08			
64	Sonda de Aspiracion N° 12			
65	Sonda de Aspiracion N° 14			
66	Sonda Foley N° 14			
67	Sonda Foley N° 16			
68	Sonda Foley N° 18			
69	Sonda Nasogastrica N° 08			
70	Sonda Nasogastrica N° 10			
71	Sonda Nasogastrica N° 14			
72	Sonda Nasogastrica N° 18			
73	Sonda Nelaton N° 08			
74	Sonda Nelaton N° 12			
75	Sonda Nelaton N° 16			
76	Termometro Oral.			
77	Termómetro Rectal.			
78	Tubo de Mayo N° 5			
79	Tubo Endotraqueal N° 2.5			
80	Tubo Endotraqueal N° 3.0			
81	Tubo Endotraqueal N° 4.0			
82	Tubo Endotraqueal N° 6.0			
83	Tubo Endotraqueal N° 7.0			
84	Tubo Endotraqueal N° 8.0			

CALIFICACION	PUNTAJE	CALIFICACION	PUNTAJE
Cuenta con medic. Insumos	1	>= 85	2
No cuenta con medic. Insumos	0	50 a 84	1
		<50	0

PROGRAMA PRESUPUESTAL DESARROLLO INFANTIL TEMPRANO					
	EQUIPAMIENTO DE AMBIENTE DE ATENCION INMEDIATA AL RECIEN NACIDO/A.	puntaje	N°	%	CUMPLI
ATC Inmediata RN	1 Paños		0	0	0
	2 Cobertura para la cabeza				
	3 Tijera				
	4 Bolsa y mascarilla de succion (limpio y preparado)				
	5 Estetoscopio		37		
	6 Cronometro de reloj o pared				
	7 Ambiente garantiza temperatura de 24°C.				
	8 Limpieza (agua y jabon para lavado de manos)				
ATENCION INTEGRAL DEL NINO	1 Mesa de examen				
	2 Tensiometro aneroide pediatrico				
	3 Estetoscopio pediatrico				
	4 Pantoscopio pediatrico				
	5 Cuenta con Pulsí oxímetro				
	6 Cuenta con termometro infrarojo				
	7 El infantometro / tallímetro se encuentra en buen estado y cumplen con los estandares minimos de calidad				
	8 Cuentan con Balanza pediatrica y de pie se encuentra en buen estado y cumplen con los estandares minimos de calidad				
	9 Cuentan con Hemoglobímetro (Hemocue o Hemocontrol) y se encuentra en buen estado y cumple con los estandares minimos de calidad				
	10 Cuenta con coche de curaciones				
	11 Cuentan con equipos de cadena de frio y se encuentra en buen estado y operativo y cumple con los estandares mínimos de calidad.				
	12 Cuenta con bateria Test Peruano / Test abreviado / EEDP/ TEPSI de Evaluación del Desarrollo del Niño,				
CADENA DE FRIO	1 Refrigeradora ICE-LINE				
	2 Congeladora				
	3 Termos KST				
	4 Termos Blocking				
	5 Estabilizador de energía				
	6 Cajas Transportadoras				
	7 Mesa acanalada (I-3, I-4)				
	8 Data Logger				
	9 Riñoneras				
	10 Cajas Rígidias (Blanca y Roja)				
	11 Tachos de color rojo, negro y amarillo (con sus respectivas bolsas)				
	12 Coche de transporte de vacunas				
	13 Termometro de alcohol/ambiental/digital				
	14 Cuenta con el registros de temperatura del refrigerador y congelador actualizado				
	15 Son adecuadas las condiciones del almacén de cadena de frio (El refrigerador esta				
	16 Cuenta con Plan de Contingencia y Autonomia frigorifica , pegado en lugar visible				
	17 Cuenta y aplica el plan de mantenimiento de tallímetros e infantómetros y				

PROGRAMA PRESUPUESTAL SALUD MATERNO NEONATAL		puntaje	N°	%	UMPLI
SMN	1 Resultado de FONB ó FONP según corresponda 0= 0 a 49 ; 1= 50 a 89, 2= >=90		2	0	0

PROGRAMA PRESUPUESTAL TBC-ITS/VIH-SIDA		puntaje	N°	%	UMPLI
TBC	1 Microscopio		0	0	0
	2 Centrifuga		7		
	3 Pipetas				
	4 Rejilla para colorear				
	5 Lamina Porta Objeto				
	6 Mechero				
	7 Lapiz punta de Diamante o Lapiz de cera				

PROGRAMA PRESUPUESTAL 017: ENFERMEDADES METAXENICAS Y ZONOSIS				N°	%	UMPLI
MET - ZONOSIS	1	Sierra		0	0	0
	2	Desarmador		4		
	3	Cuchillo				
	4	(Trampas de Luz CDC) Solo: Pitumarca, Checacupe, Chiara, Combapata y Tinta.				
PROGRAMA PRESUPUESTAL 0018 : ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES				N°	%	UMPLI
HTA DIABETES	1	Estetoscopio		0	0	0
	2	Balanza con plataforma para adulto		26		
	3	Tallimetro				
	4	Pantoscopio				
	5	Cinta metrica para medir perimetro abdominal				
	6	Camilla para Examen				
	7	El consultorio cuenta con todas las medidas para la bioseguridad: Dispensador de jabon, papel toalla, bolsas para desecho de residuos solidos según norma tecnica, cajas de bioseguridad.	puntaje			
	8	Tensiometro para adulto				
	9	Martillo de Reflejos				
	10	Glucometro				
	11	Negatoscopio de un campo				
	12	Linterna para Examen	puntaje			
	SALUD OCULAR	14	Oftalmoscopio directo (EESS I-4)			
15		Tonómetro de Schiotz (EESS I-4)				
16		Linterna: de mano o bolsillo				
SALUD BUCAL	17	Unidad Dental Completa				
	18	Esterilizador				
	19	Pieza de Mano (Turbina y Micromotor)				
	20	Set de Instrumental para Diagnostico				
	21	Set de Instrumental Exodoncia				
	22	Set Instrumental para Operatoria				
	23	Set Instrumental Endodoncia				
	24	Equipo de Rayos X				
	25	Lampara de Luz Halogena				
	26	Destartarizador				
PROGRAMA PRESUPUESTAL: CONTROL Y PREVENCION EN SALUD MENTAL				N°	%	UMPLI
ATENCION INTEGRAL	1	Escritorio (I-3, I-4)		0	0	0
	2	Equipo de sonido (I-3, I-4)		4		
	3	Mesa de Trababajo (I-3, I-4)				
	4	Cuenta con sillón terapeutico de relajacion (EESS I-3 y I-4)				
PROGRAMA PRESUPUESTAL: PREVENCION Y CONTROL DE CANCER				N°	%	UMPLI
ATENCION INTEGRAL	1	Coplin de Alcohol al 96% debidamente rotulado		0	0	0
	2	Coplin con acido acetico al 5% debidamente rotulado		7		
	3	Dos baldes con hipoclorito de sodio al 0.5% y el otro con detergente				
	4	Portalaminas de 50 laminas azul				
	5	Especulos Descartable ,grandes y medianos.				
	6	Espatulas de ayre , Citocepillos,Guantes,Isopo grandes para IVAA.				
	7	Reloj de pared	puntaje			
PROGRAMA PRESUPUESTAL 068: REDUCCION DE LA VULNERABILIDAD Y ATENCION DE EMERGEN				N°	%	UMPLI
ATENCION DE EMERGENCIA Y DESASTRES	1	Radio Comunicacion Opertiva		0	0	0
	2	Carpa de lona plastificada (EESS I- 4)		5		
	3	Camilla de rescate de polietileno con arnes (EESS I-3 Y I-4) , area de emergencia o topico				
	4	Señalizaciones (evacuacion, zona segura, riesgo electrico, extintores)	puntaje			
	5	Extintores recargados con fecha vigente				
PROGRAMA PRESUPUESTAL 104 : REDUCCION DE MORTALIDAD POR EMERGENCIAS Y URGENCIA				N°	%	UMPLI
	1	Aspirador de secreciones		0	0	0
	2	Equipo oxigenoterapia rodable		30		

EQUIPAMIENTO BASICO EN TOPICO-EMERGENCIA	3	Escalinata de dos peldaños		
	4	Esterilizador		
	5	Lampara de Examen Clinico		
	6	Linterna de examen clinico	puntaje	
	7	Estetoscopio Adulto y Niño		
	8	Tensiometro		
	9	Mesa metalica rodable		
	10	Megatoscopio de Un campo		
	11	Portasuero rodable		
	12	Camilla	puntaje	
	13	Set de instrumento Cirj. Menor		
	14	Set de riñoneras		
	15	Set de tambores		
	16	Set de atención de parto		
	EQUIPAMIENTO BASICO DE AMBULANCIA	17	Tensiometro para niños y adultos	
		18	Estetoscopio para niños y adultos	
19		Linterna para exámen halógena		
20		2 Balones de oxigeno fijo y/o portatil tipo E		
21		Resucitador manual para niños (Bolsa de silicona o bolsa de ventilación, 2 mascarillas, Válvula de paciente y válvula de seguridad de sobre presión-relief, Bolsa de reservorio de oxigeno)		
22		Resucitador manual para adultos(Bolsa de silicona o bolsa de ventilación, 2 mascarillas, Válvula de paciente y válvula PEEP, Bolsa de reservorio de oxigeno)		
23		Laringoscopio (Tubos orofaríngeos, 2 tipos obturador esofágico para adultos, Tubos nasofaríngeos con guia, Tubos endotraqueales con guia, Pinza tipo Magill de 17 y 25 cm pediátrico)		
24		Juego de ferula/chaleco de extricación		
25		Equipo de aspiracion.		
26		Camilla telescopica de aluminio, con citurones.		
27		Set de collarines cervicales para inmovilizacion.		
28		Tabla rigida para inmovilizacion.		
29		Cilindro de aluminio para oxigeno portatil con regulador.		
30		Equipo de cirujia de 2 y Equipo de cirujia de 6 piezas		

CALIFICACION		1	CALIFICACION	PUNTAJE
Cuenta con medic. Insumos		1	>= 85	2
No cuenta con medic. Insumos		0	50 a 84	1
			<50	0

PROGRAMA PRESUPUESTAL DESARROLLO INFANTIL TEMPRANO								
	MATERIAL EDUCATIVO COMUNICACIONAL				puntaje	N°	%	CUMPLIM
Diptico Triptico Mosquito	1	Lactancia Materna				0	0	0
	2	Alimentacion Complementaria				18		
	3	Anemia /Uso de micronutrientes						
	4	Higiene de mano						
	5	Prevencion de IRA						
	6	prevencion de EDA						
Rotafolio Banner	8	Lactancia Materna						
	9	Alimentacion Complementaria						
	10	Anemia /Uso de micronutrientes						
	11	Higiene de mano						
	12	Prevencion de IRA						
	9	prevencion de EDA						
Espacios Radiales	11	Lactancia Materna						
	12	Alimentacion Complementaria						
	9	Anemia /Uso de micronutrientes						
	10	Higiene de mano						
	11	Prevencion de IRA						
	12	prevencion de EDA						

PROGRAMA PRESUPUESTAL SALUD MATERNO NEONATAL								
					puntaje	N°	%	CUMPLIM
Diptico Triptico Mosquito	1	Atencion prenatal				0	0	0
	2	Signos de alarma del embarazo				15		
	3	Parto Institucional						
	4	Planificacion Familiar						
	5	Adolescente						
Rotafolio Banner	6	Atencion prenatal						
	7	Signos de alarma del embarazo						
	8	Parto Institucional						
	9	Planificacion Familiar						
	10	Adolescente						
Espacios Radiales	11	Atencion prenatal						
	12	Signos de alarma del embarazo						
	13	Parto Institucional						
	14	Planificacion Familiar						
	15	Adolescente						

PROGRAMA PRESUPUESTAL TBC-ITS/VIH-SIDA								
					puntaje	N°	%	CUMPLIM
Diptico Triptico Mosquito	1	Poblacion General				0	0	0
	2	Gestantes				12		
	3	Adolescentes						
Rotafolio Banner	4	Poblacion General						
	5	Gestantes						
	6	Adolescentes						
Espacios Radiales	7	Poblacion General						
	8	Gestantes						
	9	Adolescentes						
Metodologia Ludica	10	Poblacion General						
	11	Gestantes						
	12	Adolescentes						

PROGRAMA PRESUPUESTAL 017: ENFERMEDADES METAXENICAS Y ZONOSIS								
					puntaje	N°	%	CUMPLIM
Metaxenica y Zoonosis	1	Diptico, Triptico, Mosquito				0	0	0
	2	Rotafolio, Banner				3		
	3	Espacios Radiales						

PROGRAMA PRESUPUESTAL 0018 : ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES								
					puntaje	N°	%	CUMPLIM
No Transmisibles	1	Diptico, Triptico, Mosquito				0	0	0
	2	Rotafolio, Banner				3		
	3	Espacios Radiales						

PROGRAMA PRESUPUESTAL: CONTROL Y PREVENCION EN SALUD MENTAL			puntaje	N°	%	CUMPLIM
Salud Mental	1	Diptico, Triptico, Mosquito		0	0	0
	2	Rotafolio, Banner		3		
	3	Espacios Radiales				
PROGRAMA PRESUPUESTAL: PREVENCION Y CONTROL DE CANCER			puntaje	N°	%	CUMPLIM
Cancer	1	Diptico, Triptico, Mosquito		0	0	0
	2	Rotafolio, Banner		3		
	3	Espacios Radiales				
PROGRAMA PRESUPUESTAL 068: REDUCCION DE LA VULNERABILIDAD Y ATENCION DE EMERGENCIAS Y URGENCIAS			puntaje	N°	%	CUMPLIM
P.P. 068	1	Diptico, Triptico, Mosquito		0	0	0
	2	Rotafolio, Banner		3		
	3	Espacios Radiales				
PROGRAMA PRESUPUESTAL 104 : REDUCCION DE MORTALIDAD POR EMERGENCIAS Y URGENCIAS			puntaje	N°	%	CUMPLIM
P.P. 104	1	Diptico, Triptico, Mosquito		0	0	0
	2	Rotafolio, Banner		3		
	3	Espacios Radiales				
PROGRAMA PRESUPUESTAL 068: PREVENCION Y MANEJO DE CONDICIONES SECUNDARIAS DE DISCAPACIDAD			puntaje	N°	%	CUMPLIM
Discapacidad	1	Diptico, Triptico, Mosquito		0	0	0
	2	Rotafolio, Banner		3		
	3	Espacios Radiales				

CALIFICACION	PUNTAJE	CALIFICACION	PUNTAJE
Cuenta con equipo	1	>= 85	2
No cuenta con equipo	0	50 a 84	1
		<50	0