

**PLAN TACTICO DE LA
UNIDAD DE GESTION Y CALIDAD SANTARIA
UNIDAD EJECUTORA 401SCCE
AÑO FISCAL
2021**



RED DE SALUD CANAS CANCHIS ESPINAR

DIRECTIVOS

CD. MIGUEL ANGEL MAMANI CUEVAS

DIRECTOR DE LA UNIDAD EJECUTORA 401 SALUD CANAS CANCHIS ESPINAR

PSG. PAUL E. INFANTAS ALENCASTRE

DIRECTORA DE ATENCION INTEGRAL DE SALUD

EQUIPO TÉCNICO FORMULADOR

Obsta. Beatriz Sanga Viza

COORDINADORA DE GESTION Y CALIDAD SANITARIA

MC. Cristian Sixto Vargas Portilla

MEDICO AUDITOR EN SALUD: INTEGRANTE DEL EQUIPO TÉCNICO



I. RESUMEN:

En el proceso de administración pública, es necesario la existencia de la planificación de largo, mediano y corto plazo, en concordancia a las disposiciones establecidas por la autoridad nacional del Sistema Administrativo de Planeamiento Estratégico.

A través de La Dirección Regional de salud Cusco aprobó la guía técnica para la formulación del Plan operativo y el Plan táctico/ 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 Táctico de la Unidad de gestión y Calidad Sanitaria para el ejercicio fiscal 2021.

Se formula el Plan Táctico 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 el reglamento de Organizaciones y Funciones y circunscritas en las normas 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.

II. ANTECEDENTES Y SITUACIÓN ACTUAL

II.1 GESTIÓN Y ORGANIZACIÓN SANITARIA

A partir del año fiscal 2015 se inicia con la planificación táctica y la formulación de los términos de referencias que son el desglosamiento de las actividades programadas en el plan táctico, que finalmente es una planificación específica a nivel de actividades. A la fecha se consolida la implementación de dichos documentos en el Plan táctico de la Unidad de Gestión de Calidad en salud sanitaria.

En tal sentido se propone el Plan Táctico de la Gestión de la Calidad, a mejorar los procesos que se brinda en la atención al usuario externo e interno en la transición de la construcción hacia un modelo futuro.

Este Plan incorpora las necesidades de orientación a los requerimientos del usuario externo y sus expectativas sobre los servicios que oferta el Sector Salud, para lo cual se requiere el fortalecimiento del trabajo en equipo que compromete a diferentes áreas, jefaturas, de las Micro redes, Coordinaciones de la Dirección de



Atención Integral en salud. Del ámbito de la unidad Ejecutora 401 Salud Canas Canchis Espinar. Asimismo, se plantea la utilización del enfoque basado en la eficiencia de los procesos; las mediciones para la toma de decisiones; el reconocimiento a los logros; el fortalecimiento de competencias, creatividad, e investigación; el fomento de la participación de los Asegurados SIS y fundamentalmente la humanización de la atención en salud y el respeto a los derechos de nuestros Asegurados SIS que acuden a los diferentes establecimientos de salud de nuestro ámbito.

La elaboración y aprobación del plan táctico permite la asignación de presupuesto por las diferentes fuentes. Cabe mencionar que la unidad de gestión de Calidad tiene que contar con su presupuesto propio.

II.1.1 AREA DE GESTION SANITARIA

Desde la Unidad de gestión de la calidad en salud es responsabilidad de las acciones de Planificación, Asistencia Técnica, Mejora de Capacidades, Monitoreo, Supervisión y Evaluación de las acciones de Gestión Sanitaria dentro de nuestro Ámbito.

• LA PLANIFICACIÓN

En un corto plazo (Un año fiscal), se desarrolló la articulación de las acciones de gestión sanitaria dentro de la estructura funcional programática, la elaboración de los criterios de programación, la elaboración de los términos de referencia. Acciones que se iniciaron en la UE.401SCCE a partir del año 2015 hasta la fecha, con la respectiva aplicación por todos los centros de costo de la sede de la Unidad Ejecutora 401 y de manera progresiva en los órganos desconcentrados de la RSCCE. Está diferido la formulación de Planes de Largo plazo, en el marco de las normas establecidas y conducidas por la Autoridad Nacional.

• LA ASISTENCIA TÉCNICA

Tiene el propósito de fortalecer las habilidades y capacidades técnicas en los seis equipos de gestión de las Micro redes de la Unidad Ejecutora 401 Salud Canas Canchis Espinar. Asimismo nos permitirá conocer los avances, identificar las dificultades a través de un buen análisis identificando las debilidades y llegando a elaborar recomendaciones en forma conjunta y oportuna, con el finalidad de consolidar el posicionamiento en materia de 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.

La asistencia técnica nos permitirá socializar experiencias, conocer los avances, identificar las dificultades y elaborar recomendaciones en forma conjunta, con el objetivo de consolidar el posicionamiento de desarrolló 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 UGCS
UNIDAD EJECUTORA 401 SALUD CANAS CANCHIS ESPINAR
AÑO FISCAL 2020**

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

Fuente: Informes y Evaluación OGCS-2020

El ámbito de la asistencia técnica son las sedes técnico administrativos de las Micro redes programadas. Se desarrolló la asistencia técnica al 50% 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 practica 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 semestre del 2020.

• **EL MONITOREO**

La Gestión Sanitaria, son acciones que son programados e implementados 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.

En materia de monitoreo de la gestión sanitaria durante el año 2020 no se puedo realizar el 100% solo se cumple el 50% desarrolló, en concordancia al cumplimiento de las metas físicas programadas, en los órganos desconcentrados, ejecutándose con una concentración de 01 visitas de monitoreo por órgano desconcentrado, para lo cual se utilizó el instrumento de monitoreo del Sistema de Gestión de la Calidad



En ámbito de Redes: La Red Canas Canchis Espinar logró un grado de desempeño de 72% que significa en **PROCESO**, es necesario hacer mención el trabajo que viene realizando la micro red de Techo Obrero contribuyendo al porcentaje obtenido como unidad ejecutora implementando los componentes del sistema de calidad, seguido por Pampaphalla, Yanaoca, Combapata, Descanso, Yauri. Esto significa que la implementación de los procesos del sistema de gestión de la Calidad aún es débil y no garantizan la calidad de atención. También es importante recalcar la falta de empoderamiento de algunos jefes de micro redes quienes deberian trabajar de acuerdo a las líneas de acción de los cuatro componentes del sistema de gestión de salud.

II.1.2.1 ORGANIZACIÓN PARA LA CALIDAD

La Unidad Ejecutora 401 Salud Canas Canchis Espinar cuenta con 47 Establecimientos de Salud, distribuidos; Primer Nivel de Atención: 47; Categoría I-1: 13; Categoría I-2: 24; Categoría I-3: 5 y Categoría I-4: 5. Segundo Nivel de Atención: 6; Categoría II-1: 02.

La Unidad Ejecutora 401 Salud Canas Canchis Espinar, es un órgano desconcentrado de la Gerencia de Desarrollo Social, que está conformado por: la Dirección General; Órganos Funcional Consultivo y el Comité de gestión (Integrado por los órganos del Segundo Nivel organizacional de la Sede y los órganos desconcentrados); órganos asesores, órganos de apoyo y órganos de línea (la OGCS pertenece a la Dirección de Atención Integral de salud Ejecutiva de Servicios de Salud y Calidad Sanitaria).

Órganos desconcentrados de la Unidad Ejecutora 401 Salud Canas Canchis Espinar en la U.E. 401 SCCE cuenta con la Unidad de Gestión de Calidad en Salud a su vez tiene 06 Micro redes, 02 Hospitales Categoría II-1- H. Espinar y H. Alfredo Callo Rodríguez-Sicuani, cuenta con un órgano funcional de gestión de la calidad) y son Unidades Ejecutoras;

Los órganos funcionales requeridos para la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad se muestran en el cuadro siguiente:

GRAFICO N°5
ORGANOS FUNCIONALES DEL SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD UGCS

COMISIONES/COMITES ORGANOS FUNCIONALES	RED	MICRO RED
Jefes de Oficina, Unidad de calidad responsable de Calidad de Redes, Micro redes y EESS de los Órganos Desconcentrados	x	x
Equipo de Autoevaluación para la Acreditación	x	x
Comité de Auditoría de CAS y Segunda Instancia	x	
Comité para la Seguridad del Paciente	x	x
Responsables de la información de los FON	x	x
Comité para el estudio de Cultura Organizacional	x	x
Comité de Gestión de Reclamaciones IBOS y Sugerencias	x	x
Equipos de Supervisión y Monitoreo	x	x

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

Durante el año fiscal 2020, se implementaron el 70% de las IPRES 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 (UGC), 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.

II.1.2.2 PLANIFICACIÓN PARA LA CALIDAD

Las acciones de la Oficina de Gestión y Calidad Sanitaria están en concordancia con la programación para lo cual formulamos e implementamos el Plan táctico para un año





fiscal 2021. Se continúa solicitando la incorporación a la estructura funcional como **UNIDAD DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD** con presupuesto y centro de costo para el año 2022. No dependiendo de los programas presupuestales.

II.1.2.3 INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD EN SALUD

Permite a través de procedimientos ordenados, que proporcionan información efectiva para la toma de decisiones y asegurar el control de la organización y contar con evidencias de manera permanente y organizada de la calidad de atención y niveles de satisfacción del usuario externo e interno. Para el año 2020 la Unidad de Gestión y Calidad Sanitaria en Salud, ha desarrollado la evaluación rápida de la satisfacción del usuario externo, y la implementación de las plataformas de atención del usuario en los EESS de categoría I-4 y I-3 establecimiento estratégico cabecera de micro red.

II.1.2.3.1. SATISFACCION DE USUARIO EXTERNO

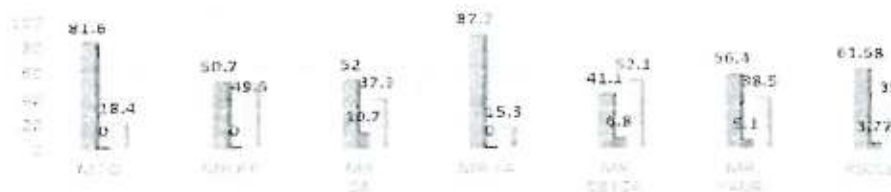
Son estudio de la satisfacción del usuario externo que nos permite identificar las necesidades del usuario y a partir de ello desarrollar procesos internos que permitan alinear los recursos tangibles e intangibles, hacia resultados que puedan satisfacer o exceder las expectativas de los usuarios.

En la actualidad los servicios de salud están inmersos en un modelo que promueve la gestión de la calidad institucional, trato humanizado producto de lineamientos ministeriales reflejados en la reforma de salud y de un sistema de acreditación, sistema que se focaliza hacia la protección de los derechos y satisfacción del usuario; en este marco la Dirección regional de salud cusco a través de servicios de salud y calidad sanitaria, y la Dirección de Gestión y Calidad Sanitaria con la RD N° 1289-2020-DRSC/OGRH, aprueba la Directiva Sanitaria de Encuestas Rápidas de Satisfacción de Usuario del Ámbito de la Diresa Cusco. En relación a la diferencia entre las percepciones y las expectativas de los usuarios, en base a 6 dimensiones fiabilidad, capacidad de repuesta, seguridad, empatía, aspectos tangibles y tiempo de espera.

En este sentido, la Unidad de Gestión y Calidad Sanitaria ha realizado la evaluación rápida de satisfacción del usuario en consulta externa aplicado en el primer nivel de atención en establecimiento de salud de categoría I-4 y I-3 obteniendo los siguientes resultados:

GRAFICO N°6

EVALUACION DE ENCUESTA DE SATISFACCION DEL USUARIO EXTERNO EN CONSULTA EXTERNA DIMENSION DE FIABILIDAD. RSCCE 2020



FUENTE: APLICATIVO DE USUARIO EXTERNO U.E.401SCCE 2020





En este cuadro representa que en la dimensión de FIABILIDAD indica que el 62% está satisfecho con la orientación brindada para su atención lo que significa que el 38% se encuentran ni satisfecho/ni insatisfecho. Es un punto crítico que se buscare estrategias de mejora para llegar a un umbral satisfactorio.

GRAFICO N° 07

EVALUACION DE ENCUESTA DE SATISFACCION DEL USUARIO EXTERNO EN CONSULTA EXTERNA 2020

DIMENSION CAPACIDAD DE RESPUESTA RSCCE

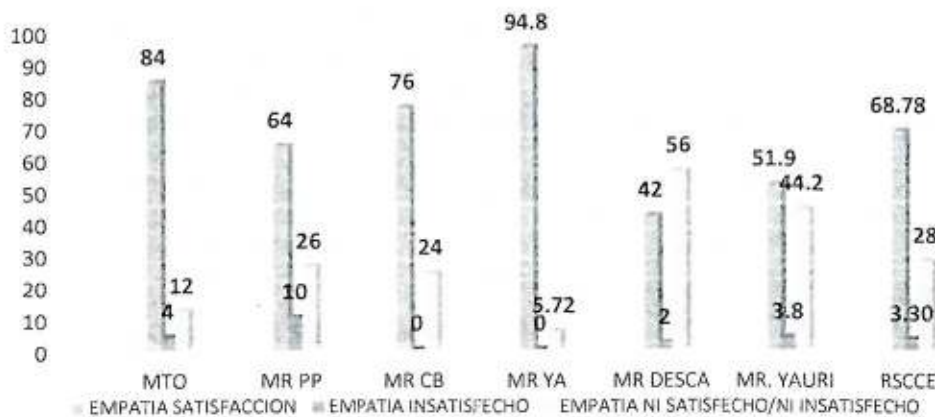


FUENTE: APLICATIVO DE USUARIO EXTERNO U.E. 401SCCE 2020

La interpretación que nos indica este presente cuadro es satisfacción del usuario en 59% la atención recibida en laboratorio lo representa en la calificación en PROCESO y el 35% indica ni satisfecho /ni insatisfecho no sabe.

GRAFICO N°08

EVALUACION DE ENCUESTA DE SATISFACCION DEL USUARIO EXTERNO EN CONSULTA EXTERNA EMPATIA 2020



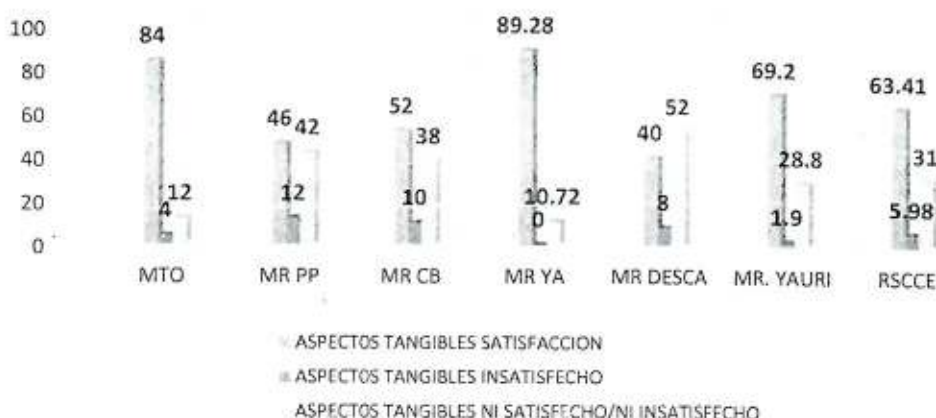
FUENTE: APLICATIVO DE USUARIO EXTERNO U.E. 401SCCE 2020

Los resultados de nos indica que el 69% está satisfecho con el trato de médico que brindo, y el 28% no se encuentra Ni satisfecho/ ni insatisfecho con el trato que brindo el profesional mencionado



GRAFICO N° 09

EVALUACION DE ENCUESTA DE SATISFACCION DEL USUARIO EXTERNO EN CONSULTA EXTERNA ASPECTOS TANGIBLES 2020



FUENTE: APLICATIVO DE USUARIO EXTERNO U.E.401SCCE 2020

El presente grafico nos indica que el 63% está satisfecho en la entrega de los medicamentos, la limpieza y comodidad del consultorio. Sin embargo, el 31% no se encuentra ni satisfecho/ ni insatisfecho.

GRAFICO N° 10

EVALUACION DE ENCUESTA DE SATISFCCION DEL USUARIO EXTERNO EN CONSULTA EXTERNA 2020 TIEMPO DE ESPERA Y TIEMPO DE ATENCION RSCCE



FUENTE: APLICATIVO DE USUARIO EXTERNO U.E.401SCCE 2020

El tiempo de espera como RSCCE para una consulta externa es de más de una hora de espera y el tiempo que dura la atención en el consultorio es de 43 minutos. Considerando que en el establecimiento de salud que más se nota la espera es en CS. YAURI casi 2 horas de espera.

GRAFICO N°11



EMERGENCIA

	Satisfaccion					Insatisfaccion					Nisatisfecho/ Ni Insatisfecho				
	fiabilidad	Capacidad de Respuesta	seguridad	empatia	aspectos tangibles	fiabilidad	Capacidad de Respuesta	seguridad	empatia	aspectos tangibles	fiabilidad	Capacidad de Respuesta	seguridad	empatia	aspectos tangibles
TECHO OBRERO	50	31.9	55.6	55.6	55.6	5.6	3.7	11.1	5.6	0	11.1	11.1	33.3	38.9	11.1
PAMPAPALLA	23.3	61.4	53.3	30	73.3	75.7	70	26.7	13.3	27.7	40	15.6	23.3	23.3	13.3
COMBAPATA	46.7	51.1	70	60	73.3	13.3	4.1	6.7	6.7	0	40	41.4	23.3	33.3	26.7
YANAOCA	88.2	81.3	88.2	90.9	82.4	0	0	0	0	0	11.8	15.7	11.8	9.1	17.6
DESCANSO	43.3	45.7	50	53.3	40	6.7	8.9	6.7	6.7	6.7	50	44.1	43.3	40	53.3
YAURI	65.8	42.1	62.2	68.9	47.4	2.6	1.8	2.7	0	0	31.6	56.1	35.1	11.1	52.6
RSCCE	55	57	63	66	62	9	6	9	5	5	36	37	28	26	35

FUENTE: APLICATIVO DE USUARIO EXTERNO U.E.401SCCE 2020

En el servicio de emergencia nos indica que el 66% el trato que recibió por el personal médico, personal no médico y la explicación que le brindo sobre su problema de salud es satisfactorio. Teniendo una brecha de 34% que no está de acuerdo.

GRAFICO N°12

HOSPITALIZACION

EE.SS	Satisfaccion					Insatisfaccion					Nisatisfecho/ Ni Insatisfecho				
	fiabilidad	Capacidad de Respuesta	seguridad	empatia	aspectos tangibles	fiabilidad	Capacidad de Respuesta	seguridad	empatia	aspectos tangibles	fiabilidad	Capacidad de Respuesta	seguridad	empatia	aspectos tangibles
TECHO OBRERO	85.7	85.7	71.4	81	61.9	0	0	0	0	0	14.3	14.3	28.6	19	38
PAMPAPALLA	0	13.3	0	0	0	50	20	50	40	93.3	30	66.7	50	60	6.7
COMBAPATA	55	60	70	73.3	33.3	0	16.7	5	0	0	15	23.3	25	20.7	16.7
YANAOCA	90	90	95	100	66.7	0	0	0	0	0	10	10	5	0	31.3
DESCANSO	35	40	40	46.7	33.3	10	10	10	10	10	35	50	50	43.3	56.7
YAURI	41.2	63	56.3	48.1	37	0	0	0	0	0	58.8	37	43.8	51.9	63
RSCCE	56	59	55	58	47	10	8	11	8	17	14	34	14	33	16

FUENTE: APLICATIVO DE USUARIO EXTERNO U.E.401SCCE 2020

En el servicio de internamiento nos indican que la capacidad de respuesta está en 59% de usuarios indican que el trámite y la oportunidad de toma de análisis de laboratorio son satisfecho.

II. 1.2.3.2. INFORMACION PLATAFORMA DE ATENCION.

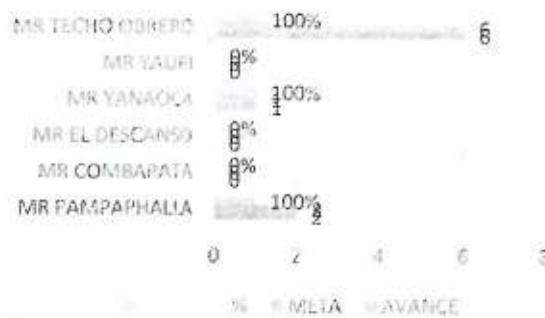




Cuarto componente de Información para la calidad está concebido como el conjunto de estrategias, metodologías, instrumentos y procedimientos que permitan contar con evidencias de manera permanente y organizada de la calidad de atención y niveles de satisfacción de los usuarios internos y externos. La 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. 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 y la comunidad. 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 tanto programas 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.

GRAFICOS N°13
LIBRO DE RECLAMACIONES AÑO FISCAL 2020 REC CCE

LIBRO RECLAMACIONES DE
M.R.
2020



FUENTE DE INFORMACION: INFORMES DE UGCS UE.401SCCE



Respecto al libro de reclamaciones, durante el año 2020 se registró 9 reclamos en 3 de las Micro Redes se presentaron reclamos, como son la micro red techo obrero seguido por la micro red pampahalla donde se registra 2 reclamos, no presentando reclamos en las otras micro redes.

GRAFICO N°14

LIBRO DE RECLAMACIONES RED CCE 2018-2019-2020



FUENTE DE INFORMACIÓN: INFORMES DE UGCS UE.401SCCE

En el presente año se aprecia la reducción de reclamos van disminuyendo en los tres años es así que para el año 2020 por razones de la emergencia sanitaria de COVID-19 en el cual la atención era limitada, razón por el cual no se tuvo reclamos.

A.- AUDITORIA DE LA CALIDAD DE ATENCION EN SALUD

La Auditoría de la Calidad de Atención en Salud es uno de los mecanismos que evalúa el proceso de atención al usuario, identifica oportunidades para mejorar la atención de los pacientes, facilitando cambios hacia el desarrollo de la Medicina Basada en Evidencias, dentro del marco ético-legal, buscando contribuir a mejorar el desempeño de los profesionales de la Salud en la prestación de la atención en los establecimientos del Sector Salud según niveles de complejidad.

Durante el periodo 2020 se continuo en el proceso de repotenciar la implementación del proceso de Auditoría 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:

La Auditoría de la Calidad de Atención, en sus Modalidades de evaluación de registro, se viene implementando cada vez con mayor énfasis llegando al 20 % con los procesos de evaluación de registro, aun estando pendiente aún mejorar mucho más para mejorar este proceso y de los cuales ya se tiene cada vez una mayor fuente de datos para poder desarrollar e identificar oportunidades de mejora.

Con respecto a la Auditoría 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 en nuestra región y ámbito de la UE:401SCCE, por tanto, los criterios establecidos para efectos de desarrollar las auditorías 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 2020 y Muertes Perinatales ocurridas 44 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.

Las recomendaciones identificadas de las auditorías realizadas se hallaron lo siguiente: Manejo inadecuado del registro de historias clínicas, Poca adherencia a la NTS. 105 de atención integral de la salud materna, evaluando la capacidad de respuesta ante emergencias obstétricas en personal de salud. Capacitar al personal de salud en manejo de Gestantes, mediante la aplicación de Guías de Práctica Clínica en emergencias obstétricas y atención obstétrica durante el embarazo, según nivel resolutivo; mediante las plataformas virtuales disponibles; Evaluar la adhesión y cumplimiento de normativas de manejo de paciente y registro de Historia Clínica.

GRAFICO N°15

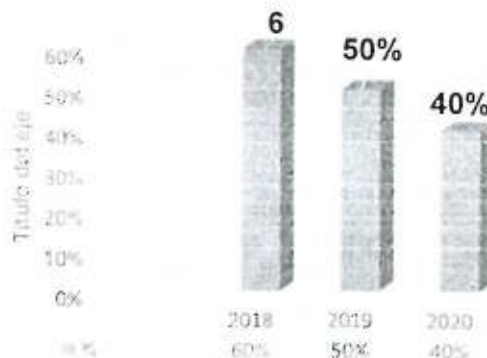
INDICADORES DE LOS PROCESOS DE AUDITORÍA
UNIDAD DE GESTIÓN Y CALIDAD EN SALUD U.E. 401 SCCE AÑO 2018 – 2019 – 2020

AUDITORIAS DE CASO – MUERTES PERINATALES

AUDITORIAS DE CASO MUERTE PERINATAL M.R. 2020



AUDITORIA DE CASO - MUERTE PERINATAL RED CCE 2018-2019-2020



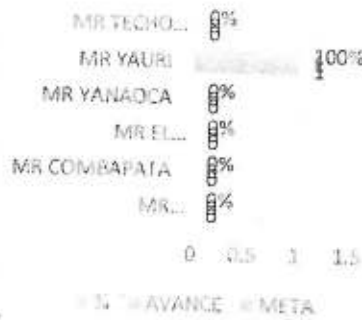
FUENTE DE INFORMACION: INFORMES DE AUDITORIA 2020

las auditorias de caso de la muerte perinatal no se lograron realizar al 100% esto debido al constante cambio de personal por las renuncias especial mente de personal médico en la red, así como múltiples funciones del personal que conforma el comité de auditoría.

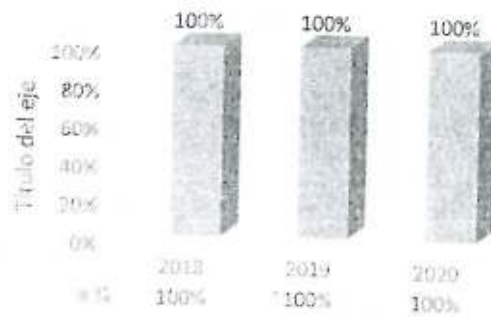
GRAFICO N° 16
AUDITORIAS DE CASO – MUERTES MATERNAS



MUERTE MATERNA EN LAS M.R. 2020



AUDITORIAS DE MUERTES MATERNAS 2018-2019-2020 RED CCE

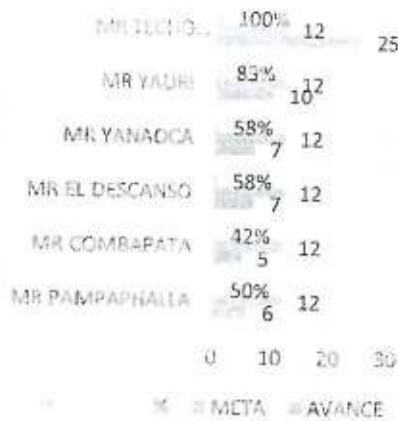


FUENTE DE INFORMACION: INFORMES DE AUDITORIA 2020

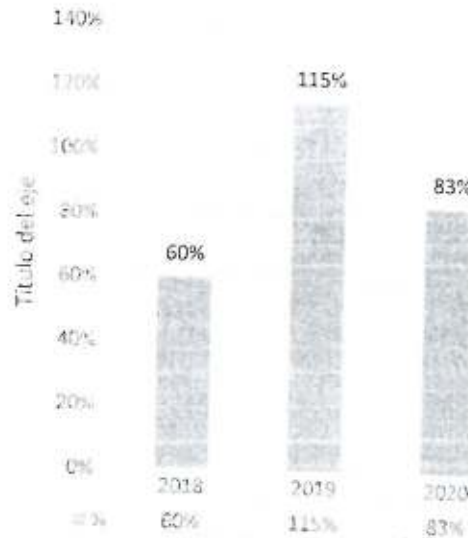
Respecto a los informes de auditora de caso de las muertes maternas el año 2020 se realizó el informe de la muerte materna suscitada en la MR. Yauri. Pese a las deficiencias de falta medico en el comité auditoria.

GRAFICO N° 17 AUDITORIAS PROGRAMADAS

AUDITORIAS PROGRAMADAS DE M.R. 2020



AUDITORIAS PROGRAMADAS 2018-2019-2020 RED CCE



FUENTE DE INFORMACION: INFORMES DE AUDITORIA 2020

Respecto a las auditorias programadas se realizó en todas las micro redes, pero debido a la pandemia que se vive al momento no se pudo realizar en su totalidad por parte de los comités de auditorías y las renuncia que si empre están presentes.

B.- SEGURIDAD DE PACIENTE

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





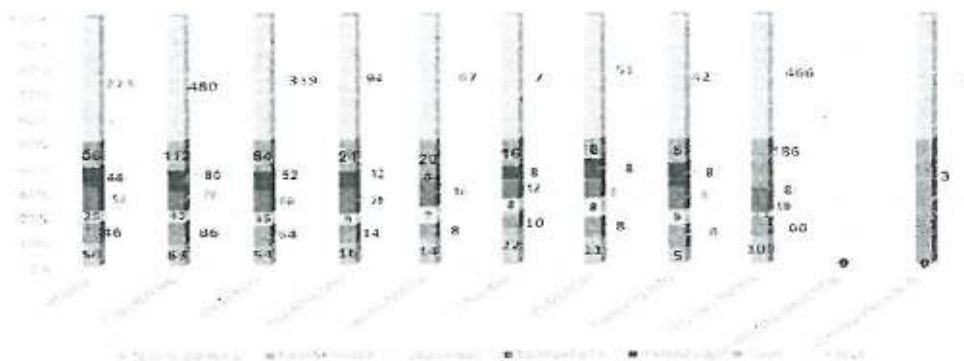
como aspecto esencial de la calidad en los servicios de salud; llevando a cabo estrategias innovadoras que mejoren la calidad de la atención y la seguridad de los pacientes, tales como la Cultura de seguridad, la seguridad en la medicación, control de infecciones intrahospitalarias, Comunicación de la 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.

A sí mismo en la Unidad Ejecutora 401 Salud Canas Canchis Espinar. Se implementa los procesos de Higiene del lavado de manos en los órganos desconcentrados es progresivo para el año 2019 se inicia con los Establecimientos de salud I-4. Se inició con el aspecto organizativo, mejora de capacidades, la implementación, IAS Higiene de manos establecidos con juntamente con la DIRESA-. CUSCO a través de la Dirección Gestión y Calidad Sanitaria, producto de ello se cuenta con algunos resultados relacionados a la aplicación de la Lista de Verificación de los procesos de Higiene Manos, Vigilancia de las infecciones asociadas a la atención de salud, los cuales son implementados en las cabeceras de micro redes establecimientos de salud I-4. Como parte de los macro procesos de la Evaluación Preventiva de las IPRESS de SUSALUD, PROCESO DE autoevaluación para acreditación de establecimientos de salud.

En el año 2020 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 08 servicios. Así mismo es necesario mencionar el grupo que más número de profesionales es de enfermería con 480 licenciadas evaluadas, seguido por las obstetras con un numero de 339 obstetras y los médicos fueron evaluados en un numero de 273 médicos. El resto de profesionales en un número menor lo que significa que para el año 2021 se llegara evaluara al 100% del personal y que además cumpla con la adherencia a las guías prácticas.

GRAFICO N°18

CONSOLIDADO DE SERVICIOS EVALUADOS EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL AMBITO DE LA UE 401SCCE AL IV SEMESTRE 2020



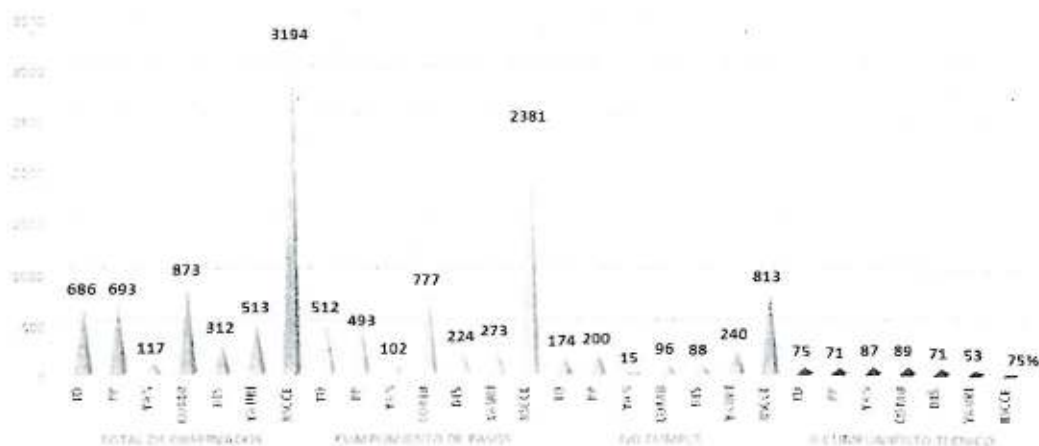
Fuente de información: información trimestral U.E.401SCCE.



En el presente cuadro se aprecia la comparación por micro redes, número total de personal evaluado en la técnica de higiene de manos en los establecimientos de salud. También se visualiza el consolidado general como RSCCE personal evaluado por servicios. Medicina 273, Enfermería 480, Obstetricia 339, Odontología 94, Nutrición 67, laboratorio 16, Psicología 11, Farmacia 18.

GRAFICO N° 19

CONSOLIDADO DE CUMPLIMIENTO DE TÉCNICA EN LAVADO DE MANOS CON AGUA Y JABON EN LA UE.401SCCE 2020



Fuente de información: Informe IV Trimestre UE. 401SCCE.

Se observa que un total 3194 técnicas de higiene de manos son observadas, de los cuales cumplen solamente 2381 técnicas lo que equivale un 75% del personal cumple la técnica del lavado de mano, en comparación al año anterior solo se llegó al **59%**. No cumple la técnica el 25% que es representado por 813 técnicas que no se cumplieron.
C.- ACREDITACION DE LOS ESTABLECIMIENTOS:

La Unidad Ejecutora 401 Salud Canas Canchis Espinar viene analizando los procesos de evaluación interna durante 5 años e identificando las brechas en el proceso los componentes de Gerencia, apoyo al diagnóstico y la atención prestacional y a través del cual somos consiente de su corresponsabilidad institucional programó para el presente año 2017 el levantamiento de observaciones de estos resultados en el ámbito de la U.E. 401 SCCE. Para lo cual se basa en los resultados de la **AUTOEVALUACION INTERNA**. Aplicados en los 6 Cabeceras de Micro redes establecimientos de la misma forma se aplico la evaluación **EVALUACION PREVENTIVA DE PROCESOS DE SUSALUD**. de la evaluación interna para el 2018. Aplicados en 5 IPRESS de categoría I-4. con la finalidad de que las IPRESS del sector brinden servicios de calidad enmarcados por las disposiciones del MINSA y en ejercicio pleno de su autonomía, reconoce la importancia de ser parte del proceso de acreditación basado en el principio básico de comparar una institución contra una serie de estándares previamente establecidos y que definen los principios para el desempeño "ideal", con estándares que garantizar la seguridad en la atención en salud que debe tener una institución de salud en un momento dado y puede constituir en un excelente mecanismo para desencadenar procesos de mejoramiento continuo.





PROCESOS DE SOPORTE: CS. Combapata 89%, CS. Yanaoca 84%, CS. Techo Obrero y CS: Yauri ambos con 15%.

GESTION DE RECURSOS: CS. Combapata 58%, CS. Yanaoca 48%, CS. Techo Obrero 27% y CS: Yauri 17%.

En este cuadro nos indica que los establecimientos de salud de Combapata y Yanaoca obtienen altos porcentajes lo que indica se está implementando algunos procesos el cual se necesita seguimiento permanente para logra mantener la la cultura de calidad en los procesos de atención.

GRAFICO N° 21

RESULTADOS COMPARATIVOS DE AUTOEVALUACION DEL 2015 AL 2019



Fuente: informes del aplicativo 2020.

Es necesario recalcar el trabajo realizado en el año 2018 donde se implementa algunas observaciones que se identificaron en los resultados de la AUTOEVALUACION 2017. Es la razón por el cual se llega a incrementar 10 porcentuales. Cabe recalcar en base a los resultados de la autoevaluación 2017 que se obtuvo un puntaje de 32% y para el 2019 a un 43.26%.

Para el presenta año 2020 no se logra ejecutar el plan de AUTOEVALUACION por las la EMERGENCIA SANITARIA COVIT-19. Solo se llegó implantar el Plan de Autoevaluación y comunicar el inicio de la misma lo que no se llegó a realizarse. Para el presente año 2021 es considerado como un indicador de desempeño en el CONVENIO DE GESTION el cual se tiene que aplicar.

D.- MEJORAMIENTO CONTINUO:

Los procesos de mejoramiento continuo requieren una metodología de trabajo que permita a 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 implementa a través del Programa Materno Neonatal presenta EE.SS realizaron estudios a su vez planificaron 07 Proyectos, fueron presentados por los equipos de Mejora de las 03 micro redes del ámbito de Unidad Ejecutora 401 Salud Canas Canchis Espinar. Durante el año para la evaluación respectiva, con la finalidad de contribuir a la implementación del sistema de gestión de la calidad en salud y sus actividades dirigidas a la mejora continua de los procesos a



través de la aplicación de técnicas y herramientas para la gestión de la calidad, acortar las brechas identificadas en la Autoevaluación, Estudio de satisfacción del usuario externo, Clima Laboral, Mecanismos de Información, Auditorias de Calidad de Atención y seguridad del Paciente.

- **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. Mostrado en el

III. PROBLEMAS O NUDOS CRÍTICOS/ OPORTUNIDADES DE MEJORA

1. No contar con asignación presupuestal y ser centro de costo.
2. Débil involucramiento de la alta dirección en los procesos de los componentes de control sanitario de gestión y organización de los servicios de salud en el ámbito de la RSCCE.
3. Poco desarrollo del componente de Control de la Gestión Sanitaria en los diferentes niveles de gestión y organización de los Servicios de Salud en el RSCCE.
4. Escaso desarrollo de la planificación, fundamentalmente de largo y mediano plazo, para la implementación del sistema de Gestión de la Calidad en nuestro ámbito de la Unidad ejecutora 401 SCCE.
5. Incipiente desarrollo e implementación de la Garantía y Seguridad de la Gestión y Provisión de servicios de Salud en el ámbito de la UE. SCCE.
6. Escasa cultura de mejoramiento continuo, para la Gestión y Provisión de Servicios de Salud en el ámbito 401SCCE.
7. Demora en el tiempo de espera durante la atención al usuario.

IV. OBJETIVOS

IV.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 el objetivo de garantizar y 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, sensible a las expectativas de los usuarios internos y externos;

IV. 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.- Proponer e Implementar la mejora de las organizaciones estructurales y funcionales, para la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en la UE.401SCCE.
- 3.- Promover la eficiencia y efectividad de los procesos organizacionales por medio de acciones de mejora continúa enfocadas en la reducción de costos de la no calidad e incrementar la satisfacción de los usuarios internos y externos.
- 4.- 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.
- 5.- 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, y la Evolución Preventiva de Procesos de SUSALUD.
- 6.- 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.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Implementar el Control desde la Unidad de la Gestión de calidad Sanitaria, con énfasis en la Supervisión Integral, Monitoreo y Evaluación, en los diferentes niveles de gestión y Prestación de Servicios de Salud en el ámbito de UE.401SCCE.
2. Formular los Planes de largo, mediano y corto plazo, para la implementación del sistema de Gestión de la Calidad en el ámbito UE.401SCCE.
3. Desarrollar e Implementar la Gestión de la información, para la toma de decisiones oportunas en la Provisión de los Servicios de Salud en el Ámbito UE.401SCCE.
4. 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.
5. 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.

V. ESTRATEGIAS

1. 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.
- 7.- de las auditorías realizadas, se puede resaltar parte de las recomendaciones identificadas como son: Evaluar la capacidad de respuesta ante emergencias obstétricas en personal de salud responsable de la atención inmediata de la emergencia; Capacitar al personal de salud en manejo de Gestantes, mediante la aplicación de Guías de Práctica Clínica en emergencias obstétricas y atención obstétrica durante el embarazo, según nivel resolutivo; Implementar programa de Pasantías a Unidades de mayor complejidad, dirigido a personal responsable de la atención de gestantes; Implementar Estrategia de monitoreo y supervisión de las visitas domiciliarias y controles prenatales de las gestantes del ámbito de su jurisdicción; Evaluar la adhesión y cumplimiento de normativas de manejo de paciente y registro de Historia Clínica.

VI. ANEXOS ADJUNTOS.

VII. REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

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.

¹ 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.

¹ 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.

¹ Guía Técnica: Guía 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.

¹ 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.

¹ Superintendencia Nacional de Salud. Boletín Estadístico 2014 Tercer Trimestre. Lima: Rapimagen S.A;





DIRECCION REGIONAL DE SALUD CUSCO
 DIRECCION REGIONAL DE SERVICIOS DE SALUD Y CALIDAD SANITARIA
 DIRECCION DE GESTION Y CALIDAD SANITARIA

PLAN OPERATIVO INSTITUCIONAL 2020 - DIRECCION REGIONAL DE SALUD CUSCO

MATRIZ 01 - FORMULACION DE ACCIONES ESTRATEGICAS - ACTIVIDADES OPERATIVAS 2021

OBJETIVO ESTRATEGICO INSTITUCIONAL		COD. ACTIVIDAD		META SMI	PRODUCTO	UNIDAD RESPONSABLE	ACCION ESTRATEGICA INSTITUCIONAL		UNIDAD DE MEDIDA	META FISICA ANUAL	CRONOGRAMA MENSUAL DE ACTIVIDAD Y SUB PRODUCTOS												PRESUPUESTO REQUERIDO BIENES Y SERVICIOS Y ACTIVOS NO FINANCIEROS					
DE 14.01 MODERNIZAR LA GESTION PUBLICA		DE 14.01 PROCESO DE MODERNIZACION DE LA GESTION PUBLICA EN EL GOBIERNO REGIONAL CUSCO					REDES DE SERVICIOS DE SALUD CANCHIS ESPINAR				ACCIONES CENTRALES		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12												DEMANDA GLOBAL	RD	RD Y T (RS)	FECHA A-B-C-D
UNIDAD EJECUTORA: MT SALUD CANCHIS ESPINAR		1991 ACCIONES CENTRALES		1991 ACCIONES CENTRALES		1991 ACCIONES CENTRALES																						
COD. PROY	SIN PRODUCTO	COD. ACTIVIDAD	ACTIVIDAD	COD. TABLA (PROY)	SUB PRODUCTO	UNIDAD DE MEDIDA	INDICADOR	ACCION	UNIDAD DE MEDIDA	INDICADOR	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	DEMANDA GLOBAL	RD	RD Y T (RS)	FECHA A-B-C-D		
360000	SIN PRODUCTO	500001	PLANEAMIENTO Y PRESUPUESTO		Elaboración y Aprobación del Plan Táctico Plan de Análisis, Seguridad de Paciente, Auditoría de la Calidad de Atención en Salud, Acreditación, Mejora Continua e Información para la Calidad y TDRs	INFORME		INFORME		1														150				
					Socialización del Plan Táctico	INFORME		INFORME		1																		
					Conformación de los comités y equipos funcionales del SGCSSJ, A nivel de Red Comité de Auditoría Médica, Comité Auditoría en Salud, Comité de Acreditación, a nivel de Microredes, Comité de Calidad, Equipo de Mejora Continua y Equipo de Romidas	RD		RD		6																		
360000	SIN PRODUCTO	500002	CONDUCCION Y ORIENTACION SUPERIOR		Evaluación de la implementación del Plan de Gestión de la Calidad	INFORME		INFORME		2														150				
					Muestreo de la implementación del SGCSS (Higiene de manos, eventos adversos, auditoría de la calidad de atención en salud, satisfacción, mejora continua y satisfacción del usuario)	INFORME		INFORME		2														450				
360000	SIN PRODUCTO	500003	GESTION ADMINISTRATIVA		Implementación del Registro Notificación y Análisis de la ocurrencia de Eventos Adversos en EESS 1-4 y 1-3	INFORME		INFORME		1																		
					Monitoreo de la técnica de higiene de manos en los establecimientos de salud 1-4 y 1-3	INFORME		INFORME		12															220			
					Evaluación de la adherencia a la Higiene de manos en los EESS 1-4 y 1-3	INFORME		INFORME		4																		
					Implementación de rondas de seguridad del paciente en los EESS 1-4	INFORME		INFORME		4															1014			
					Evaluación de la Medición de la Satisfacción del Usuario Externa en Consulta Externa, Emergencia e Internamientos en EESS 1-3 y 1-4	INFORME		INFORME		1															1318			



ANEXO 01:

TERMINOS DE REFERENCIA

**“PROGRAMA DE CAPACITACION EN GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
DIRESA CUSCO AÑO FISCAL 2021”**

TERMINOS DE REFERENCIA

POBLACION OBJETIVO: Jefes de Micro redes, Comité de Gestión de la calidad en Salud de las 6 micro red del ámbito de la Unidad Ejecutora 401 Salud Canas Canchis Espinar.

PRODUCTO: Personal con competencias y herramientas que les permitan desarrollar un sistema de gestión efectivo para mejor control y seguimiento de los procesos claves de los servicios de salud del primer, segundo y tercer nivel que contribuya al logro de los objetivos sanitarios y económicos en el marco del aseguramiento universal de Salud.

ACTIVIDAD: Organizar el Programa a través de la Formulación de los Módulos, Desarrollar las Actividades Presénciales y no presénciales, Evaluación de los procesos y final del desarrollo del Programa, informe final.

CÓDIGO: Responde al Plan Táctico de la Unidad de Gestión y Calidad Sanitaria, Objetivo General N°1, Objetivo Especifico 1.3, AO 1.3.1; comprendido en la siguiente Categoría Presupuestal: **9001** Acciones Centrales; Producto: **3999999** Sin Producto; Actividad: **5000009** Gestión de Recursos Humanos. Meta **0053**

INSTANCIA RESPONSABLE: Unidad de Gestión y Calidad Sanitaria UE. 401SCCE y Desarrollo del Potencial Humano- Capacitación.

FUENTE DE FINANCIAMIENTO: Recursos Ordinarios

CALENDARIO: Calendario Marzo del 2021

1. FUNDAMENTACION:

El bienestar sanitario es de máximo interés para Unidad Ejecutora, habiéndose conseguido mejorar en forma significativa indicadores de salud en el marco de los objetivos del milenio, sin embargo persisten brechas internas y desafíos que requieren fortalecer la agenda sanitaria propuesta; de incrementar de manera progresiva, de implementar el modelo de Atención Integral en salud Familia y Comunidad, mejorar los servicios de salud, entre otros, siendo un aspecto importante en este proceso la revalorización del recurso humano en salud para el cumplimiento de sus funciones.

En los últimos años, la conducción de los servicios de salud, ha venido presentando deficiencias en su organización, planificación, ejecución de actividades y control de



las prestaciones de salud; identificando la necesidad de fortalecer competencias y brindar asistencia técnica para iniciar procesos de cambio, que permitan emprender la reforma en la gestión de los servicios de salud a través del desarrollo de procesos y subprocesos para que "el personal que dirige se encuentre en el lugar adecuado, haciendo lo que corresponde".

Es importante considerar la gestión de tecnología en salud como la suma de todos los procedimientos de ingeniería y gerencia que permiten asegurar el uso óptimo de los recursos tecnológicos con que cuenta la institución, contribuyendo por otra parte a que la estancia y la atención de los usuarios transcurran de manera confortable y segura. Resumiéndose en cuatro componentes básicos organización, planificación, ejecución presupuestal, prestacional y control institucional.

2. FINALIDAD

El programa de desarrollo de capacidades en gestión de servicios de salud, pretende acercar a los Jefes de Micro redes al nuevo rol de la gestión de servicios en salud, a través de una conducción que genere condiciones para el desarrollo eficiente, efectivo y seguro de los procesos clínicos y administrativos para producir impacto y continuo en el desempeño de sus funciones y por consiguiente, mejora del estado de salud y satisfacción de la población.

3. OBJETIVO:

Desarrollar competencias técnicas y utilización de herramientas para conducir los servicios de salud del primer nivel de atención, permitiendo una adecuada y oportuna toma de decisiones para el logro de los objetivos de la oferta y calidad de los servicios de salud en las organizaciones proveedoras de servicios de salud, en el marco del aseguramiento universal.

4. METODOLOGIA Y CONTENIDO

4.1 METODOLOGIA

- Expositiva, dialogada
- Analítico sintético

Presencial: 01 días (24 horas)

4.2 CONTENIDO

- **Provisión de Servicios de Salud:** En el marco de atención integral basado en persona, familia y comunidad y Atención Primaria de la salud.
- Concepciones Modernas de Administración Hospitalaria
- Administración y Gerencia Hospitalaria
- Administración y Planificación Hospitalaria
- Marco Lógico de los Servicios de Salud
- Relaciones Humanas
- Manejo de Personal en Instituciones de Salud
- Garantía y Monitoreo de Calidad de la Atención Médica
- Gestión y Productividad de los Servicios de Salud

4.3 Evaluación: Escrita (30%), talleres calificadas (40%) y Trabajo Final (30%).



5. FECHA/ LUGAR:

- Marzo del 2021
- Sede DAIS, que cuente con las condiciones mínimas para dicho evento: Equipo Audiovisual, Equipo multimedia.

6.1 PARTICIPANTES Y FACILITADORES

Participantes: (45) 3 etapas

Los Facilitadores **(06)**: 01 Micro red.

Los Capacitados **(45)**: equipos de técnicos de gestión de calidad y Jefes de Servicios

6.2 CERTIFICACION.

Unidad de gestión de la calidad en salud UE. 401SCCE.

6.3 PERFIL DE PARTICIPANTES:

El Programa establece los siguientes criterios de selección que el personal debe cumplir para acceder a la capacitación:

- Jefe o miembro del equipo técnico y/o administrativo de las Redes de Servicios
- Conocimientos Generales sobre gestión de servicios.
- Conocimientos generales del sistema de salud según niveles de atención y Experiencia en el Nivel Prestacional
- Conocimientos generales sobre sistema de control gerencial y calidad en salud
- Experiencia en Gestión de Servicios de Salud MINSA.
- Manejar paquetes informáticos de Office.
- Capacidad para trabajar en equipo.
- Tener espíritu de auto superación y esfuerzo respecto a su desempeño.
- Demostrar puntualidad y respeto a las personas y cultura regional.
- Demostrar capacidad docente y de interrelación

5. LUGAR: Auditorio de la DAIS**6. PRESUPUESTO.**

Presupuesto Requerido:

Fuente de financiamiento: RO Acciones Centrales

Meta:

PRESUPUESTO POR ESPECÍFICA DE GASTO

RESUMEN	REQUERIMIENTO
2.3.21.21.	100.00
2.3.1 5.1 2	50.00
2.3 2 7.11 99	100.00
TOTAL	250.00



**"CAPACITACION DE CULTURA ORGANIZACIONAL EN LOS SERVICIOS DE
SALUD RSCCE 2021"**

TERMINOS DE REFERENCIA

POBLACION OBJETIVO : Personal profesional y Técnico de 6 Micro Redes de la
Unidad Ejecutora 401 salud Canas Canchis Espinar.

PRODUCTO : La cultura organizacional es la expresión personal
de la percepción que los trabajadores y directivos se
forman de la organización a la que pertenece y que se
incide directamente en el desempeño de la organización,
y estas percepciones personales están matizadas por las
actividades, interacciones y experiencias de cada uno de
los miembros.

ACTIVIDAD : Taller Auto estima y Relaciones Interpersonales,
e implementar Proyectos de Mejora Continua, Proyecto de
Reconocimiento y motivación del Recurso Humano,
Reconocimiento de Proyectos de Mejora Continua
Ganadores.

CÓDIGO : Responde al POI, Plan Táctico de la Dirección de
Gestión y Calidad Sanitaria; está comprendido en la
siguiente Cadena Funcional de la EFP: **Función:** Salud N°
20; **Div Funcional:** Salud Individual "044"; **Grupo
Funcional:** Atención Médica Básica "0096"; **Actividad:**
Gestión Estratégica de Recursos Humanos "5000844";
Tareas Asociadas: Capacitación a Personal "00329".
Relacionada al Plan Táctico, Matriz 01

UNIDAD RESPONSABLE : Coordinación de la Unidad de Gestión de la Calidad
Sanitaria de la U.E. 401 SALUD CCE.

FINANCIAMIENTO : PP Articulado Nutricional, PP Materno Neonatal,
PP NO Transmisibles

CALENDARIO : Abril del 2021

FUNDAMENTACION:

Concordancia a la implementación del Plan Táctico de la Unidad de Gestión de la
calidad es necesario desarrollar las actividades programadas, que nos permita lograr
los objetivos institucionales relacionadas a la mejora de capacidades del personal de
salud del ámbito de la Unidad Ejecutora 401 SCCE., referidas al Sistema de Gestión de
la Calidad de Atención en salud.

La cultura organizacional está dada por las percepciones compartidas por los miembros
de una organización respecto al trabajo, el ambiente físico en que este se da, las
relaciones interpersonales que tienen lugar en torno a él y las diversas regulaciones
formales e informales que afectan a la imagen institucional.



Se debe tener en cuenta que el comportamiento humano es un tema complejo y dinámico, por lo cual requiere investigación, actualización y verificación, necesarios para la elaboración de un estudio de clima organizacional, cuyo objetivo principal es identificar las percepciones de los trabajadores, para definir planes de acción orientados a mejorar los aspectos que afectan negativamente el normal desarrollo de la organización y de igual manera potenciar todos aquellos aspectos favorables, que motivan y hacen de la gestión diaria una labor agradable que motiva a todos.

Las dimensiones de cultura organizacional son las características susceptibles de ser medidas en una organización y que influyen en el comportamiento de los individuos. Por esta razón, para llevar a cabo un diagnóstico de clima organizacional es conveniente conocer las diversas dimensiones que han sido investigadas por estudiosos interesados en definir los elementos que afectan el ambiente de las organizaciones.

Para lograr el desarrollo y la aplicación de un instrumento que permita evaluar la cultura organizacional; así mismo, el monitoreo y evaluación de los planes de mejora basados en los resultados encontrados. Se propone que estas mediciones sean anuales para hacerlos comparables en el tiempo y permitan evaluar los resultados alcanzados, estableciendo medidas correctivas para lograr mejorar la calidad en las organizaciones de salud, basada en un mejor diseño organizacional, potencial humano y cultura. Aplicando en el ámbito de la UE.401SCCE.

1.1. SECCION A: EN LA UNIDAD/SERVICIO/AREA DE TRABAJO: Percepción que tiene el trabajador con respecto al área en donde desarrolla sus funciones

De acuerdo a los diferentes componentes en relaciona esta sección se tiene:

- a. **Trabajo en equipo:** Evalúa si los miembros de una unidad/servicio/área de trabajo se apoyan mutuamente, colaboran entre sí para lograr objetivos de área y determina si las fallas identificadas se producen voluntaria o casualmente
- b. **Soporte Laboral:** Evalúa la percepción que tienen los miembros de una determinada unidad/servicio/área de trabajo con respecto a la presión y carga de trabajo, y como ello puede llegar a afectar el nivel de comunicación e información al usuario de salud
- c. **Atención al Usuario:** Mide el manejo de habilidades de los miembros/integrantes de una unidad/servicio/área de trabajo con respecto a la atención al paciente y aplicación de medidas necesarias para evitar que ocurra algún fallo en la atención.
- d. **Seguridad del Paciente:** Evalúa la percepción que tienen los responsables de una unidad/servicio/área de trabajo con respecto a las actividades y uso mejoras sobre seguridad del paciente a fin de evitar fallas e insatisfacción en el usuario.
- e. **Compañerismo:** Evalúa si los miembros de una determinada unidad/servicio/área de trabajo se apoyan entre sí, se tratan con respeto y buscan solucionar problemas
- f. **Organización:** Evalúa la capacidad de respuesta de la organización sobre la efectividad de procedimientos y medios de trabajo para prevenir errores en la asistencia al paciente
- g. **Liderazgo:** Percepción que tienen los trabajadores con respecto a la manera de cómo los jefes de una unidad/servicio/área de trabajo expresan



reconocimiento, toman en cuenta las sugerencias del equipo, manejan problemas y situaciones de carga laboral.

SUGERENCIAS Y/O RECOMENDACIONES

1.- Dimensión de Remuneración, que posiblemente mejorara en el tiempo con las políticas de remuneración del estado. Si se incrementó en transcurso de los años 2014 al 2017.

2.- Dimensión de Recompensa, que continuara mejorando, con estrategias no dinerarias que premien a los trabajadores de salud, por cumplir y realizar bien su trabajo.

3.- Dimensión Innovación, implementar con énfasis los proyectos de mejora con el fin de garantizar cambios en la institución.

4.- Las Dimensiones de Toma de Decisiones, trabajo en equipo

Estandarizar: La organización entrena y capacita a las personas, desarrolla sus habilidades y, de esta forma, propicia eficiencia en el desempeño.

Resultados y recompensas: los empleados entienden que las tareas que ejecutan se diseñan en función de los propósitos planteados, los cuales conocen, y que orientan su desempeño hacia el cumplimiento de sus metas

Cooperación y apoyo: se establecen procesos de calidad en la interacción social produciendo ambientes de trabajo apropiados en los que hay relaciones positivas, de apoyo, colaboración, confianza, amistad y compañerismo. Además hay bienestar por el bienestar de las personas.

5.- Dimensión de Conflicto y Cooperación, apoyar a la organizaciones recursos materiales y humanos en las áreas de trabajo.

6.- Dimensión Confort y Liderazgo, seguir con las estrategias propuestas por el equipo de gestión, de identificar líderes y formar para que motiven al recurso humano, que es el pilar de la institución.

7.- Dimensión de Motivación, generar intenciones y expectativas de las personas en su ambiente laboral.

8.- Dar sostenibilidad a los proyectos que se implementaron a través de la institucionalización del mismo.

INFORME DE RESULTADOS DE MEDICION DE CULTURA ORGANIZACIONAL – ESTABLECIMIENTO DE SALUD.

II. FINALIDAD:

Desarrollar e internalizar una cultura organizacional que permita preservar, desarrollar, y promover valores, actitudes y humanización en las actividades institucionales a través de programación de actividades conjuntas.

III. OBJETIVOS:

- Identificar riesgos y problemas actuales que afectan la cultura organizacional a través de la aplicación de cuestionario
- Proponer y desarrollar un conjunto de estrategias metodológicas y formativas en cultura organizacional a fin de fortalecer el desarrollo humano y organizacional enfatizado en la formación de los valores culturales que contribuyan a la mejora institucional.

III.-Objetivos Específico:

- Promover el control de las emociones y la asertividad en las relaciones interpersonales en
Los establecimientos de salud de las Micro Redes.
- Fortalecer las Capacidades en los aspectos que facilitan la implementación del estudio de
Cultura Organizacional.



"CAPACITACION GESTIÓN DE PROYECTOS DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD 2021"

TÉRMINOS DE REFERENCIA

POBLACION OBJETIVO: Responsables de Calidad 6 Micro Redes, Coordinadores de Programas Estratégicos, Equipo de Mejora Continua de Calidad de las Micro Red.

PRODUCTO: 100% de Responsables de Calidad, y Equipos de Mejora Continua de la Calidad de los Establecimientos de Salud cabeceras de Micro Redes reconocen la importancia de la Formulación e Implementación de los Proyectos de Mejora Continua de la Calidad.

ACTIVIDAD: Socialización de la Norma Técnica N° 095-2012/MINSA Guía Técnica para la Elaboración de Proyectos de Mejora y la Aplicación de Técnicas y Herramientas para la Gestión de la Calidad; Contribución de la Salud en los Procesos de Desarrollo; Actualización del concepto de Calidad y Sistema de Gestión de la Calidad; Organización para la Calidad: Trabajo en Equipo , Matriz de Actores del Proyecto de Mejora, Equipo de Mejora Continua de la Calidad; Identificación y Análisis de brechas; Pautas para la Elaboración de Proyectos de Mejora Continua de la Calidad:

- Paso 0: Herramientas y Técnicas de calidad
- Paso 1: Identificación de la oportunidad de mejora
- Paso 2: Priorización de problemas
- Paso 3: Descripción del Problema
- Paso 4: Identificación de causas raíces
- Paso 5: Priorización de causas raíces
- Paso 6: Identificación de una solución efectiva
- Paso 7: Desarrollo de un Plan de Acción



CÓDIGO: Responde al Plan Táctico de la Oficina de Gestión de la Calidad; está comprendido en la siguiente Cadena Funcional de la EFP: **Grupo Funcional:** Atención Médica Básica "0096"; **Actividad:** Seminarios y Talleres "5000844"; **Tareas Asociadas:** Capacitación a Personal "00329". Relacionada al Plan Táctico 2021.

RESPONSABLE : Oficina de Gestión de la Calidad

FINANCIAMIENTO : RECURSOS ORDINARIOS

CALENDARIO : ABRIL 2021

I. FUNDAMENTACION:

Contribuir a la implementación del sistema de gestión de la calidad en salud y sus actividades enfocados a la mejora continua a través de la aplicación de las herramientas necesarias para que los establecimientos cumplan con los requisitos mínimos de estructura y organización y la Acreditación. En ese sentido, el énfasis está puesto en la evaluación y mejoría continua de los procesos de gestión y prestacionales.

Es responsabilidad de los equipos de gestión de cada micro red y a su vez de generar una cultura de calidad efectiva al interior del sistema, y lograr una atención de salud que satisfaga a los usuarios, resolviéndose las necesidades de salud de la población, con un mínimo de eventos adversos evitables. Esta cultura de Calidad debe procurar el cumplimiento de los Estándares y Buenas Prácticas establecidas para los procesos de Gestión y Provisión de Servicios de Salud en los establecimientos de salud.

La excelencia de una organización viene marcada por la capacidad de crecer en la mejora continua de todos y cada uno de los procesos que rigen su actividad diaria. La mejora se produce cuando dicha organización aprende de sí misma, y de otras, es decir, cuando planifica su futuro teniendo en cuenta el entorno cambiante que la envuelve y el conjunto de fortalezas y debilidades que la determinan.

La Instauración de una cultura de calidad, es el principal eje de conseguir un producto adecuado en los servicios que presta a la sociedad. Es necesario implementar Proyectos de Mejora Continua de la Calidad, la misma que incluye la identificación y priorización de Oportunidades de Mejora. Una vez realizado es relativamente sencillo determinar la estrategia que debe seguirse para que el destinatario de los servicios perciba, de forma significativa, la mejora implantada. Apoyarse en las fortalezas para superar las debilidades.

El plan de mejora integra la decisión estratégica sobre cuáles son los cambios que deben incorporarse a los diferentes procesos de la organización, para que sean traducidos en un mejor servicio percibido. Dicho plan, además de servir de base para la detección de mejoras, permitir el control y seguimiento de las diferentes acciones a desarrollar, así como la incorporación de acciones correctoras ante posibles contingencias no previstas.

El plan de mejora permite:

- Identificar las causas que provocan las debilidades detectadas.
- Identificar las acciones de mejora a aplicar.
- Analizar su viabilidad.
- Establecer prioridades en las líneas de actuación.
- Disponer de un plan de las acciones a desarrollar en un futuro y de un sistema de seguimiento y control de las mismas.
- Negociar la estrategia a seguir.
- Incrementar la eficacia y eficiencia de la gestión.
- Motivar al personal de salud a mejorar el nivel de calidad de sus procesos de gestión y prestación de servicios de salud.



En este contexto, a través del desarrollo del Taller de Gestión de Proyectos de Mejora, se pretende generar competencias en el personal de los Programas Estratégicos y Establecimientos de Salud de las Redes de Servicios de Salud, para diseñar e implementar Proyectos de Mejora Continua de la Calidad.

II. OBJETIVO GENERAL:

Contribuir a la generación de competencias en la Gestión de Proyectos de Mejora Continua de la Calidad y sus actividades dirigidas a la mejora continua de los procesos, a través de la aplicación de técnicas y herramientas para la gestión de Proyectos de Mejora.

III. ESPECÍFICO:

- Socialización de la Norma Técnica N° 095-2012/MINSA Guía Técnica para la Elaboración de Proyectos de Mejora y la Aplicación de Técnicas y Herramientas para la Gestión de la Calidad.
- Generar opinión sobre la Contribución de la Salud en los Procesos de Desarrollo.
- Establecer los mecanismos de organización para la Calidad: Trabajo en Equipo, Matriz de Actores del Proyecto de Mejora, Equipo de Mejora Continua de la Calidad.
- Establecer el proceso de Identificación y Análisis de brechas u Oportunidades de Mejora.
- Establecer las Pautas para la Elaboración de Proyectos de Mejora Continua de la Calidad:
- Evaluación y acompañamiento en la gestión para la implementación de los proyectos de mejora continua

IV. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS:

ORGANIZACIÓN:

Oficina de Gestión y Calidad Sanitaria Unidad Ejecutora 401SCCE.

Lugar: Sede de Redes de Servicios de Salud Canas Canchis Espinar

Fecha: 16 al 17 Abril del 2021

PARTICIPANTES:

- Coordinadores de Programas Estratégicos de DAIS
- Responsables de Calidad y equipos de mejora de Cabecera de Micro Redes de las Redes

PERFIL DE COMPETENCIAS:

- Personal de salud integrante de equipos de mejora continua de la calidad y Programas presupuestales de la Red,
- Responsable de la Formulación e Implementación de Proyectos de Mejora, de las Micro Redes de Salud.

LOS FACILITADORES:

Facilitadores MINSA

Equipo Técnico de la Dirección de Gestión de la Calidad Sanitaria, Cusco

V. ASPECTOS TECNICOS:

a. METODOLOGIA



Expositiva – Analítica.

b. **TECNICAS METODOLOGICAS:**

Metodología de capacitación "Aprender Haciendo"

c. **PROGRAMA DE CAPACITACION**

• **Lineamientos generales:**

Gestión Sanitaria, Gestión de la Calidad en Salud: Aspectos Conceptuales: Sistemas de Gestión, Calidad en Salud, Gestión por Procesos, Proyectos de Mejora Continua de la Calidad, Herramientas

• **Líneas de acción para el abordaje Formulación del Proyecto**

Paso 0: Herramientas y Técnicas de calidad

Paso 1: Identificación de la oportunidad de mejora

Paso 2: Priorización de problemas

Paso 3: Descripción del Problema

Paso 4: Identificación de causas raíces

Paso 5: Priorización de causas raíces

Paso 6: Identificación de una solución efectiva

Paso 7: Desarrollo de un Plan de Acción

VI. **PRESUPUESTO Y FUENTE DE FINANCIAMIENTO**

Fuente de Financiamiento: RO

TOTAL : S/. 260.00

ESPECÍFICAS DE GASTO		PRESUPUESTO
2.3.2.1.2.2.	Viáticos y Asignación por Comisión de Servicio	160.00
23.22.44	Servicios de Impresiones	50.00
2.3.1.5.1.2	Papelería en general, Útiles y material de oficina	50.00
TOTAL		260.00



**“APLICACIÓN DEL ESTUDIO DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO
EXTERNO-ENCUESTA DEL USUARIO EXTERNO UNIDAD EJECUTORA
401 SALUD CANAS CANCHIS ESPINAR AÑO FISCAL 2021”**

TERMINOS DE REFERENCIA

- POBLACION OBJETIVO:** Responsables de Calidad de los Órganos Desconcentrados y Micro redes Priorizadas del ámbito de la UE. 401 Salud Canas Canchis Espinar.
- PRODUCTO:** Identificar las principales causas del nivel de insatisfacción del usuario externo de acuerdo a los resultados 2020 para la implementación de acciones para la mejora continua en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, basados en la satisfacción del usuario externo.
- ACTIVIDAD:** Planificación del Programa, Desarrollo de las Actividades Presenciales de la Reunión Técnica, informe final de la Reunión Técnica, implantación de acciones y/o proyectos de mejora.
- CÓDIGO:** Responde al POI, Plan Táctico de la Oficina de Gestión y Calidad en Salud; está comprendido en la siguiente Cadena Funcional de la EFP: **Función Salud N° 20; Programa: Salud Colectiva “043” y Sub-Programa: Regulación y Control Sanitario “0093”; Componente: Gestión Sanitaria “3003170” y Finalidad: Asesoramiento y Apoyo a la Gestión “00205”.**
Relacionada al Plan Táctico, Matriz 01.



INSTANCIA RESPONSABLE: Unidad de Gestión y Calidad Sanitaria REDCCE;

FUENTE DE FINANCIAMIENTO: Meta: 057 Programa Presupuestal Enfermedades Metaxenicas y zoonosis

CALENDARIO : Agosto 2021.

FUNDAMENTACION:

Las reuniones técnicas son espacios que permiten especificar intervenciones consensuadas para la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad, en su componente de información para la Calidad, cuya finalidad es contribuir a identificar las principales causas del nivel de insatisfacción del usuario externo para la implementación de acciones para la mejora continua en los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, basados en la satisfacción del usuario externo.

En los últimos dos años se viene aplicando el instrumentos de SUSALUD con los 62 criterios de evaluación y anteriormente se utilizaba la metodología SERVQUAL define la calidad de servicio como la brecha o diferencia entre las percepciones y expectativas de los usuarios externos, asimismo esta herramienta se utiliza para determinar el nivel de satisfacción con la calidad del servicio que se brinda al usuario, sugiere la comparación entre las expectativas generales de los usuarios (pacientes) y sus percepciones respecto al servicio que presta una organización, por lo que puede constituir una medida de la calidad del servicio.

Para su aplicación se requiere un Plan de Trabajo, y establecer las pautas de metodología consensuada con los Órganos Desconcentrados y a su vez evaluar su aplicación, así como también la socialización de

Los resultados, el mismo que que sera aplicada en la elaboración de acciones y/o Proyectos de Mejora Continua.

En este contexto, es trascendente contar con la participación de los Responsables de Calidad de los Órganos Desconcentrados.

Para el presente año se considera la encuesta rápida instrumento que es implementado por la **DIRESA- CUSCO**. Instrumento que es aplicado en la emergencia sanitaria COVID -19.

OBJETIVO:

Aplicar la metodología encuesta para la evaluación de la satisfacción del Usuario Externo en las cabeceras de micro redes y Servicios Médicos de Apoyo en los Establecimientos de Salud de nuestro ámbito.

METODO Y CONTENIDO:

Análisis y discusión sobre los resultados obtenidos en las 06 micro redes

Toma de decisiones oportunas atreves de la implementación de acciones y/o proyectos de mejora

Presentación Informe final de Reunión Técnica.

Fecha/ Lugar:

FECHA	LUGAR	PARTICIPANTES
JULIO 15/07/2021	MICRO RED YAURI	04 PARTICIPANTES
16/07/2021	MICRO RED COMBAPATA	04 PARTICIPANTES
19/07/2021	MICRO RED YANAOCA	04 PARTICIPANTES
20/07/2021	MICRO RED DESCANSO	04 PARTICIPANTES
22/07/2021	MICRO RED PAMPAPHALLA	04 PARTICIPANTES
23/07/2021	MICRO RED TECHO OBRERO	04 PARTICIPANTES





Facilitador:

SEDE U.E.401SCCE: 01, Órganos Desconcentrados: 06 Micro redes

ACTIVIDADES	N° PERSONAS	N° DIAS	2.3.1.5.1.2. Papelería general, útiles y materiales de oficina	en otros de	2.3.2.1.2.99 Otros gastos de viaje, como movilidad local.	SUB TOTAL
Aplicación de encuestas del usuario externo	03	6	100		800	900
TOTAL	03	6			800.00	900.00