



## Resolución Jefatural

La Joya, 21 de Abril del 2026

**VISTO** El documento de la responsable de Gestión de la Calidad donde solicita la emisión de la Resolución Jefatural de aprobación de los Planes de Gestión de la Calidad de la Micro Red de Salud La Joya, para el periodo 2026.

### CONSIDERANDO:

Que la Ley N°26842 Ley General de Salud, determina que es de interés público la provisión de servicios de salud, cualquiera sea la persona ó institución que los provea y que es responsabilidad del estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad.

Que por Ley N°27657, de fecha 29 de enero del 2002, se aprueba la Ley del Ministerio de Salud, cuya finalidad es lograr el desarrollo de la persona humana, a través de la Promoción, Protección, Recuperación y Rehabilitación de la salud.

Mediante Resolución Ministerial N° 519-2006-MINSA, se aprueba el Sistema de Atención de la Calidad en la Atención de Salud.

Qué por R. M. N° 640-2006/MINSA-SA se aprobó el Manual para la Mejora Continua de la Calidad.

Qué, mediante R.M.N°456-2007/MINSA del 04 de junio del 2007 se aprobó la NTS N°050-MINSA/DGSP-V.02 Norma Técnica de Salud para la Acreditación de los Establecimientos de Salud y Servicios Apoyo la misma que establece en sus disposiciones especificaciones, la organización para la acreditación, implica diferentes unidades orgánicas y funcionales que asumen responsabilidades exclusivas compartidas para el desarrollo del proceso de acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios de Médicos de Apoyo.

Que, mediante R.M. N°502-2016/MINSA de fecha 15 de julio del 2016, aprueba la NTS N°029/MINSA de fecha 15 de Julio del 2016, que aprueba la NTS N°029-MINSA/DIGPRES-V.02 "Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud, en el punto 6.1.1 menciona que cada establecimiento de salud constituirá los siguientes comités: Comité de Auditoría en Salud y Comité de Auditoría Médica.

Que, mediante Resolución Ministerial N°163-2020-MINSA, se aprueba la Directiva Sanitaria N° 92-MINSA/2020/DGAIN: "Directiva Sanitaria de Rondas de Seguridad del Paciente, para la Gestión de Riesgo en la atención de Salud" con la finalidad de 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 Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud- IPRESS públicas, privadas y mixtas del Sector Salud;

Qué, por R. M. N°527-2011/MINSA de fecha 11 de julio del 2011, se aprobó la "Guía Técnica para la Evaluación de Satisfacción del Usuario Externo de los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".

Qué, por R. M. N°468-2011/MINSA se aprobó la Guía Técnica "Guía para la Evaluación del usuario externo"

De conformidad con la Ley N° 27867- Ley Orgánica de Gobiernos Regionales y su modificatoria Ley N° 27902, Ley 31084 que aprueba el Presupuesto del Sector Público para el año fiscal 2021 y según Decreto Ley N° 22867 de Desconcentración Administrativa, Ordenanza Regional N°10-2007-Arequipa, que aprueba la Modificación del Reglamento de Organización y Funciones del Gobierno Regional de Arequipa y la O.R.N°044-2008-Arequipa que aprueba el desarrollo de la estructura organizacional de la Gerencia Regional de Salud Arequipa – Red de Salud Arequipa-Caylloma.

Con la opinión favorable del Jefe de la Micro Red de Salud La Joya

**SE RESUELVE:**

**ARTÍCULO 1°:** Aprobar los Planes de Gestión de la Calidad en Salud los mismos que están integrados por Gestión de la Calidad en Salud (Seguridad del Paciente, Satisfacción del Usuario,) Autoevaluación y Acreditación en Salud, Auditoría de la calidad en Salud, Rondas de Seguridad del Paciente, para el período 2026 de la Micro Red de Salud La Joya.

**ARTÍCULO 2°:** Encargar al Responsable de Personal la notificación de la presente resolución.

**ARTÍCULO 3°:** Disponer la publicación de la presente Resolución en el Portal Institucional.

**REGISTRESE Y COMUNIQUESE,**



*[Firma]*  
Lc. Greis Kelly Turpo Chura  
JEFE MICRORED LA JOYA  
CTSP 12068

*[Firma]*  
V. Ch. Salazar



## PLAN DE TRABAJO DE AUTOEVALUACIÓN DE LA MR LA JOYA 2026

### I. INTRODUCCIÓN:

La experiencia demuestra que la calidad de la atención en salud no depende de manera determinante de mayor tecnología, ni de mayor valor de los procedimientos. Es un concepto equivocado que las grandes entidades de salud con el equipamiento tecnológico de punta y altos costos, son los únicos que pueden ofrecer calidad. La calidad depende de la estructuración de procesos y del uso apropiado de la tecnología que le ofrezcan al usuario, lo mejor para resolver su patología a costos razonables.

**La Autoevaluación Es un proceso de evaluación periódica, basado en la comparación de desempeño del prestador de salud con una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar, orientado a promover acciones de mejoramiento continuo de la calidad de atención y el desarrollo armónico de las unidades productoras de servicios de un establecimiento de salud o servicio médico de apoyo.**

### II. JUSTIFICACION:

Contribuir a garantizar a los usuarios y al sistema de salud que los establecimientos de salud del primer nivel de atención, cuenten con capacidades para brindar prestaciones de calidad sobre la base del cumplimiento de estándares nacionales previamente definidos.

### III. OBJETIVOS:

1. Ofrecer evidencias a los usuarios de los servicios de salud, que las decisiones clínicas, no clínicas y preventivo-promocionales se manejan con atributos de calidad.
2. Promover una cultura de calidad en todos los establecimientos de salud, a través del cumplimiento de estándares y criterios de evaluación de calidad.

### IV. ALCANCE:

El presente plan tendrá alcance al 100% de los Establecimientos de Salud del primer nivel de La Mr. La Joya.

### V. BASE LEGAL:

- Ley N° 28842 "Ley General de Salud"
- Ley N° 27657 "Ley del Ministerio de Salud"
- D.S. N° 03- 2006-SA "Reglamento de Establecimientos de Salud y servicios médicos de apoyo."
- R.M. N° 519-2006 aprueba el documento técnico "Sistema de Gestión de la Calidad"
- NTS. N° 050-MINSA DGSP-V. 2 Norma Técnica de Salud para la Acreditación de establecimiento de Salud y Servicios Médicos de Apoyo"

### VI. METODOLOGÍA DE EVALUACION:

#### Consideraciones Específicas:

1. El proceso comprende la fase de evaluación Interna Autoevaluación
2. Las acciones de evaluación estarán a cargo de evaluadores internos previamente capacitados.
3. La evaluación se realiza en base a estándares definidos por la Aut. Sanit. Nacional.
4. El Listado de Estándares de Acreditación es el único instrumento para la evaluación periódica.
5. Los estándares de acreditación están **enfocados en procesos como aspecto central de la metodología de mejora continua.**
6. Se brindará asistencia técnica durante la ejecución.
7. El proceso de autoevaluación debe ser llevado con absoluto respeto, imparcialidad, transparencia y confidencialidad.



### **Comité del Proceso de Autoevaluación:**

Unidad funcional designado oficialmente por la Dirección de Red.

La Coordinación la realizará la Responsable de Calidad.

Formulan el Plan y el Informe Técnico de Autoevaluación.

### **Equipo de Evaluadores Internos**

Son profesionales de la salud y/o técnicos asistenciales y administrativos.

El evaluador líder será el responsable del área a autoevaluar.

Formulan el Plan y el Informe Técnico de Autoevaluación.

### **Autoevaluación**

- A cargo de un equipo de evaluadores internos
- Es de carácter obligatorio
- Se realiza mínimo una vez al año
- 1. El proceso de acreditación debe ser llevado con absoluto respeto, imparcialidad, transparencia y confidencialidad.

#### **Calificación de la evaluación:**

1.- Aprobado / Acreditado

❖ **Aprueba con el 85%**

2.- No Aprobado / No Acreditado

❖ **70 a 84.9% 6m nueva evaluación**

❖ **50 a 69.9% 9m nueva evaluación**

❖ **Menor 50% autoevaluación**

## **VII. EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS.**

### **PRESIDENTE:**

- Jefe de la Microred de Salud La Joya.

### **SECRETARÍA:**

- Coordinador de Gestión de la Calidad en Salud del Centro de Salud La Joya.

### **VOCAL:**

- Responsable del Centro de Salud El Cruce.
- Responsable del Puesto de Salud Cerrito Buena Vista.
- Responsable del Puesto de Salud Los Médanos.
- Responsable del Puesto de Salud Benito Lazo.
- Responsable del Centro de Salud Mental Comunitario Ubaldo Vargas Casilla.

# VII INDICADORES



| Nº | PROCESO      | ESTANDAR                                                           | INDICADOR                                                                   | FORMULA                                                                                                                                                               | PERIODO | FUENTE                                                                                                       | UMBRA<br>L | REFERENCIA<br>NORMATIVA                                                                                          | CATEG<br>ORIA | RESPON<br>SABLE    |
|----|--------------|--------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|--------------------|
| 1  | ACREDITACION | Todos los Establecimientos de Salud realizan la autoevaluación     | Porcentaje de establecimientos de salud que han realizado la autoevaluación | $\frac{\text{Nº de Establecimientos de Salud que han realizado la Autoevaluación}}{\text{Total Establecimientos de Salud que pertenecen a la Red Arequipa Caylloma}}$ | Anual   | Reporte del aplicativo de Acreditación, de los establecimientos de salud que han realizado la autoevaluación | 75%        | R.M. 456-2007-.NTS de Acreditación 050-MINSA/DGSP-V.02<br>R.M. Nº 727-2009/MINSA, "Política Nacional de Calidad" | I-1 a II-1    | Oficina de Calidad |
| 2  |              | Todos los Establecimientos de Salud han aprobado la Autoevaluación | Porcentaje de Establecimientos de Salud que han aprobado la Autoevaluación  | $\frac{\text{Nº de Establecimientos de Salud que han aprobado la Autoevaluación}}{\text{Total Establecimientos de Salud que pertenecen a la Red Arequipa}}$           | Anual   | Reporte del aplicativo de Acreditación que han realizado la autoevaluación                                   | 75%        |                                                                                                                  |               |                    |

## CRONOGRAMA DEL PLAN DE AUTOEVALUACION DE LA MR LA JOYA 2026

## COMPONENTE: GARANTIA Y MEJORA DE LA CALIDAD

| ACTIVIDAD                                                                                                                                                              | TAREAS | RESULTADO | META |       |   |   |   |         |   |   |   |       |   |   |   |       |   |   |   |      |   |   |   |       |   |   |   |       |   |   |   |        |   |   |   |            |   |   |   |         |   |   |   |           |  |  |  |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|-----------|------|-------|---|---|---|---------|---|---|---|-------|---|---|---|-------|---|---|---|------|---|---|---|-------|---|---|---|-------|---|---|---|--------|---|---|---|------------|---|---|---|---------|---|---|---|-----------|--|--|--|-----------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|----|
|                                                                                                                                                                        |        |           |      | ENERO |   |   |   | FEBRERO |   |   |   | MARZO |   |   |   | ABRIL |   |   |   | MAYO |   |   |   | JUNIO |   |   |   | JULIO |   |   |   | AGOSTO |   |   |   | SEPTIEMBRE |   |   |   | OCTUBRE |   |   |   | NOVIEMBRE |  |  |  | DICIEMBRE |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |
|                                                                                                                                                                        |        |           |      | 1     | 2 | 3 | 4 | 1       | 2 | 3 | 4 | 1     | 2 | 3 | 4 | 1     | 2 | 3 | 4 | 1    | 2 | 3 | 4 | 1     | 2 | 3 | 4 | 1     | 2 | 3 | 4 | 1      | 2 | 3 | 4 | 1          | 2 | 3 | 4 | 1       | 2 | 3 | 4 |           |  |  |  |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |
| 03.- Realización de autoevaluación para la acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo-credificación DE IPRESS Y Servicios Médicos de Apoyo |        |           |      |       |   |   |   |         |   |   |   |       |   |   |   |       |   |   |   |      |   |   |   |       |   |   |   |       |   |   |   |        |   |   |   |            |   |   |   |         |   |   |   |           |  |  |  |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | </ |

# MATRIZ DE PROGRAMACION DE PLAN REGIONAL DE CALIDAD EN SALUD 2023



## COMPONENTE : PLANIFICACIÓN PARA LA CALIDAD

### COMPONENTE: COMPONENTE: GARANTIA Y MEJORA DE LA CALIDAD

| 03 Realizacion de autoevaluacion para la acreditacion de establecimientos de salud y servicios medicos de apoyo.creditación DE IPRESS y Servicios Médicos de Apoyo | TOTAL         |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| Conformacion del equipo de acreditacion                                                                                                                            | S/. -         |
| Lectura de la DA151- 2009 acreditacion/ Guia tecnica del evaluador/NTS 050-20077 Anexos                                                                            | S/. -         |
| Solicitar Evaluacion Externa como parte de autoaprendizaje                                                                                                         | S/. 360.00    |
| Seleccionar evaluadores Internos                                                                                                                                   | S/. -         |
| Elaborar el plan de trabajo de autoevaluaciony/o Cronograma de actividades( GANTS)                                                                                 | S/. 50.00     |
| Oficiar el inicio de la autoevaluacion                                                                                                                             | S/. -         |
| entrega oficial de documentos                                                                                                                                      | S/. 30.00     |
| Consolidar los resultados de autoevaluacion de los EESS                                                                                                            | S/. 30.00     |
| Socializacion de resultados                                                                                                                                        | S/. 150.00    |
| Seguimientos de las recomendaciones y/o Implementaciones de mejora                                                                                                 | S/. 30.00     |
| informe a GERESA y SUSALUD                                                                                                                                         | S/. -         |
| seguimiento de las recomendaciones emitidas en base a las observaciones encontradas.                                                                               | S/. 30.00     |
| <b>COSTO DE IMPLEMENTACIÓN DEL COMPONENTE</b>                                                                                                                      | <b>680.00</b> |
| <b>COSTO DE IMPLEMENTACIÓN DEL COMPONENTE</b>                                                                                                                      | <b>680.00</b> |

### COSTO TOTAL DE IMPLEMENTACIÓN

#### COMPONENTES

RESPONSABILIDADES REGIONALES

680.00

|              |               |
|--------------|---------------|
| <b>TOTAL</b> | <b>680.00</b> |
|--------------|---------------|

| COMPONENTE: GARANTIA Y MEJORA DE LA CALIDAD                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| ACTIVIDAD                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |      |
| 01.- Implementación del Registro, Notificación y Análisis de la ocurrencia de Eventos Adversos en Salud en los establecimientos de salud. |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |      |
| TAREAS                                                                                                                                    | RESULTADO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | META |
| Elaborar padrón de Establecimientos de Salud que implementan Registro y Notificación de Eventos Adversos                                  | Se tiene documentado el número de EESS que vienen implementando el Registro y Notificación de Eventos Adversos.                                                                                                                                                                                                                    | 4    |
| Elaborar prevalencia de Eventos Adversos                                                                                                  | Se tienen identificados los eventos adversos más frecuentes en los EESS con sus respectivas tasas de prevalencia (considerar dato al momento de la visita).                                                                                                                                                                        | 4    |
| Plan de trabajo operativo y de sostenibilidad                                                                                             | Las IPRESS cuentan con un cronograma de trabajo                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 1    |
| Campaña de difusión en Temas de Seguridad                                                                                                 | taller realizado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 1    |
| Implementación de la ficha de registro de                                                                                                 | Ficha implementada                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 2    |
| Aplicación de la ficha de registro de eventos                                                                                             | IPRESS Registran en fichas anexo 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 12   |
| Consolidación de la ficha de registro de                                                                                                  | consolidado analizado anexo 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 4    |
| Evaluación de la implementación                                                                                                           | IPRESS Adquieren el hábito de reportar los eventos adversos y los incidentes.                                                                                                                                                                                                                                                      | 2    |
| Implementación de un aplicativo de reportes.                                                                                              | Sistematizar la información de eventos adverso.                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 1    |
| Informe y registro de reportes de eventos adversos                                                                                        | informe trimestral                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 4    |
| Seguimiento de recomendaciones                                                                                                            | recomendaciones implementadas                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 4    |
| Campaña informativa, de lavado de manos                                                                                                   | campaña                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 1    |
| Adquisición de insumos y materiales                                                                                                       | insumos disponibles                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 12   |
| aplicación de encuesta                                                                                                                    | encuesta ejecutada                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 12   |
| Evaluación                                                                                                                                | en proceso                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 2    |
| Aplicación de recetas DCI                                                                                                                 | satisfactoria                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 4    |
| Identificar UPS con mayor frecuencia de Eventos Adversos                                                                                  | Se tienen identificados los servicios donde son más frecuentes los eventos adversos.                                                                                                                                                                                                                                               | 4    |
| Consolidar capacitaciones en Eventos Adversos                                                                                             | Se cuenta con registro de las capacitaciones que se han realizado las IPRESS sobre la intervención en Eventos Adversos a todo el personal involucrado, de tal manera que los mismos tengan los conocimientos sobre el manejo de estas situaciones, antes, durante y después con el fin de utilizar estas herramientas en práctica. | 4    |
| Remitir consolidado a la GERESA Arequipa                                                                                                  | Se cuenta con consolidado de los informes trimestrales remitidos por las IPRESS que vienen implementando el Registro y Notificación de Eventos Adversos, donde detallen la metodología causa raíz para el análisis de los Eventos Adversos                                                                                         | 4    |
| ACTIVIDAD                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |      |
| 02.- Auditoría de la Calidad de Atención en los establecimientos de salud                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |      |
| TAREAS                                                                                                                                    | RESULTADO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | META |
| Comité Auditoría Implementado y Acreditado                                                                                                | Comité de auditoría designado y cumple con el perfil establecido según la NT 029-MINSA V.01 y se reúne de acuerdo a programación.                                                                                                                                                                                                  | 1    |
| Elaborar listado de Comités de Auditoría a nivel de la red de Salud Arequipa Caylloma                                                     | Se cuenta con listado de comités de auditoría en microrredes, redes y hospitales, y que se encuentren formalmente designados.                                                                                                                                                                                                      | 1    |
| Elaborar listado de planes aprobados de los comités                                                                                       | Se tiene el consolidado de los Planes de trabajo de auditoría de la calidad de atención (1 Hospitales, y 28 Microrredes) para el presente año debidamente aprobados.                                                                                                                                                               | 1    |

| ACTIVIDAD                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |      | C R O N O G R A M A |   |   |   |         |   |   |   |       |   |   |   |   |     |  |  | AVANCE | % AVANCE |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|---------------------|---|---|---|---------|---|---|---|-------|---|---|---|---|-----|--|--|--------|----------|
| 01.- Implementación del Registro, Notificación y Análisis de la ocurrencia de Eventos Adversos en Salud en los establecimientos de salud. |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |      | ENERO               |   |   |   | FEBRERO |   |   |   | MARZO |   |   |   |   |     |  |  |        |          |
| TAREAS                                                                                                                                    | RESULTADO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | META | 1                   | 2 | 3 | 4 | 1       | 2 | 3 | 4 | 1     | 2 | 3 | 4 |   |     |  |  |        |          |
| Elaborar padrón de Establecimientos de Salud que implementan Registro y Notificación de Eventos Adversos                                  | Se tiene documentado el número de EESS que vienen implementando el Registro y Notificación de Eventos Adversos.                                                                                                                                                                                                                    | 4    |                     |   |   |   |         |   |   |   |       |   | X |   | 1 | 25  |  |  |        |          |
| Elaborar prevelencia de Eventos Adversos                                                                                                  | Se tienen identificados los eventos adversos más frecuentes en los EESS con sus respectivas tasas de prevalencia (considerar dato al momento de la visita).                                                                                                                                                                        | 4    |                     |   |   |   |         |   |   |   |       |   | X |   | 1 | 25  |  |  |        |          |
| Plan de trabajo operativo y de sostenibilidad                                                                                             | Las IPRESS cuentan con un cronograma de trabajo                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 1    |                     |   |   |   | X       |   |   |   |       |   |   |   | 1 | 100 |  |  |        |          |
| Campaña de difusión en Temas de Seguridad                                                                                                 | taller realizado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 1    |                     |   |   |   | X       |   |   |   |       |   |   |   | 1 | 100 |  |  |        |          |
| Implementación de la ficha de registro de                                                                                                 | Ficha implementada                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 2    |                     |   |   |   | X       |   |   |   |       |   |   |   | 1 | 50  |  |  |        |          |
| Aplicación de la ficha de registro de eventos                                                                                             | IPRESS Registran en fichas anexo 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 12   |                     |   |   | X |         |   |   | X |       |   |   | X | 3 | 25  |  |  |        |          |
| Consolidación de la ficha de registro de                                                                                                  | consolidado analizado anexo 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 4    |                     |   |   |   |         |   |   |   |       |   |   | X | 1 | 25  |  |  |        |          |
| Evaluación de la implementación                                                                                                           | IPRESS Adquieren el hábito de reportar los eventos adversos y los incidentes.                                                                                                                                                                                                                                                      | 2    |                     |   |   |   |         |   |   |   |       |   |   |   |   | 0   |  |  |        |          |
| Implementación de un aplicativo de reportes.                                                                                              | Sistematizar la información de eventos adverso.                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 1    |                     |   |   |   |         |   | X |   |       |   |   |   | 0 | 0   |  |  |        |          |
| Informe y registro de reportes de eventos adversos                                                                                        | informe trimestral                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 4    |                     |   |   |   |         |   |   |   |       |   |   | X | 1 | 25  |  |  |        |          |
| Seguimiento de recomendaciones                                                                                                            | recomendaciones implementadas                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 4    |                     |   |   |   |         |   |   |   |       |   |   |   |   | 0   |  |  |        |          |
| Campaña informativa, de lavado de manos                                                                                                   | campaña                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 1    |                     |   |   |   |         |   |   |   |       |   |   |   |   | 0   |  |  |        |          |
| Adquisición de insumos y materiales                                                                                                       | insumos disponibles                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 12   | X                   |   |   |   | X       |   |   |   | X     |   |   |   | 3 | 25  |  |  |        |          |
| aplicación de encuesta                                                                                                                    | encuesta ejecutada                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 12   |                     |   |   | X |         |   |   | X |       |   |   | X | 3 | 25  |  |  |        |          |
| Evaluación                                                                                                                                | en proceso                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 2    |                     |   |   |   |         |   |   |   |       |   |   |   |   | 0   |  |  |        |          |
| Aplicación de recetas DCI                                                                                                                 | satisfactoria                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 4    |                     |   |   |   |         |   |   |   |       |   |   | X | 1 | 25  |  |  |        |          |
| Identificar UPS con mayor frecuencia de Eventos Adversos                                                                                  | Se tienen identificados los servicios donde son más frecuentes los eventos adversos.                                                                                                                                                                                                                                               | 4    |                     |   |   |   |         |   |   |   |       |   |   |   | 1 | 25  |  |  |        |          |
| Consolidar capacitaciones en Eventos Adversos                                                                                             | Se cuenta con registro de las capacitaciones que se han realizado las IPRESS sobre la intervención en Eventos Adversos a todo el personal involucrado, de tal manera que los mismos tengan los conocimientos sobre el manejo de estas situaciones, antes, durante y después con el fin de utilizar estas herramientas en práctica. | 4    |                     |   |   |   |         |   |   |   |       |   |   |   | 1 | 25  |  |  |        |          |
| Remitir consolidado a la GERESA Arequipa                                                                                                  | Se cuenta con consolidado de los informes trimestrales remitidos por las IPRESS que vienen implementando el Registro y Notificación de Eventos Adversos, donde detallen la metodología causa raíz para el análisis de los Eventos Adversos                                                                                         | 4    |                     |   |   |   |         |   |   |   |       |   |   |   | 1 | 25  |  |  |        |          |

| ACTIVIDAD                                                                             |                                                                                                                                                                      |      | C R O N O G R A M A |   |   |   |         |   |   |   |       |   |   |   |   |     |  |  | AVANCE | % AVANCE |
|---------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|---------------------|---|---|---|---------|---|---|---|-------|---|---|---|---|-----|--|--|--------|----------|
| 02.- Auditoría de la Calidad de Atención en los establecimientos de salud             |                                                                                                                                                                      |      | ENERO               |   |   |   | FEBRERO |   |   |   | MARZO |   |   |   |   |     |  |  |        |          |
| TAREAS                                                                                | RESULTADO                                                                                                                                                            | META | 1                   | 2 | 3 | 4 | 1       | 2 | 3 | 4 | 1     | 2 | 3 | 4 |   |     |  |  |        |          |
| Comité Auditoría Implementado y Acreditado                                            | Comité de auditoría designado y cumple con el perfil establecido según la NT 029-MINSA V.01 y se reúne de acuerdo a programación.                                    | 1    |                     |   |   |   |         |   |   |   | X     |   |   |   | 0 | 0   |  |  |        |          |
| Elaborar listado de Comités de Auditoría a nivel de la red de Salud Arequipa Caylloma | Se cuenta con listado de comités de auditoría en microrredes, redes y hospitales, y que se encuentren formalmente designados.                                        | 1    |                     |   |   |   |         |   | X |   |       |   |   |   | 1 | 100 |  |  |        |          |
| Elaborar listado de planes aprobados de los comités                                   | Se tiene el consolidado de los Planes de trabajo de auditoría de la calidad de atención (1 Hospitales, y 28 Microrredes) para el presente año debidamente aprobados. | 1    |                     |   |   |   |         |   | X |   |       |   |   |   | 1 | 100 |  |  |        |          |

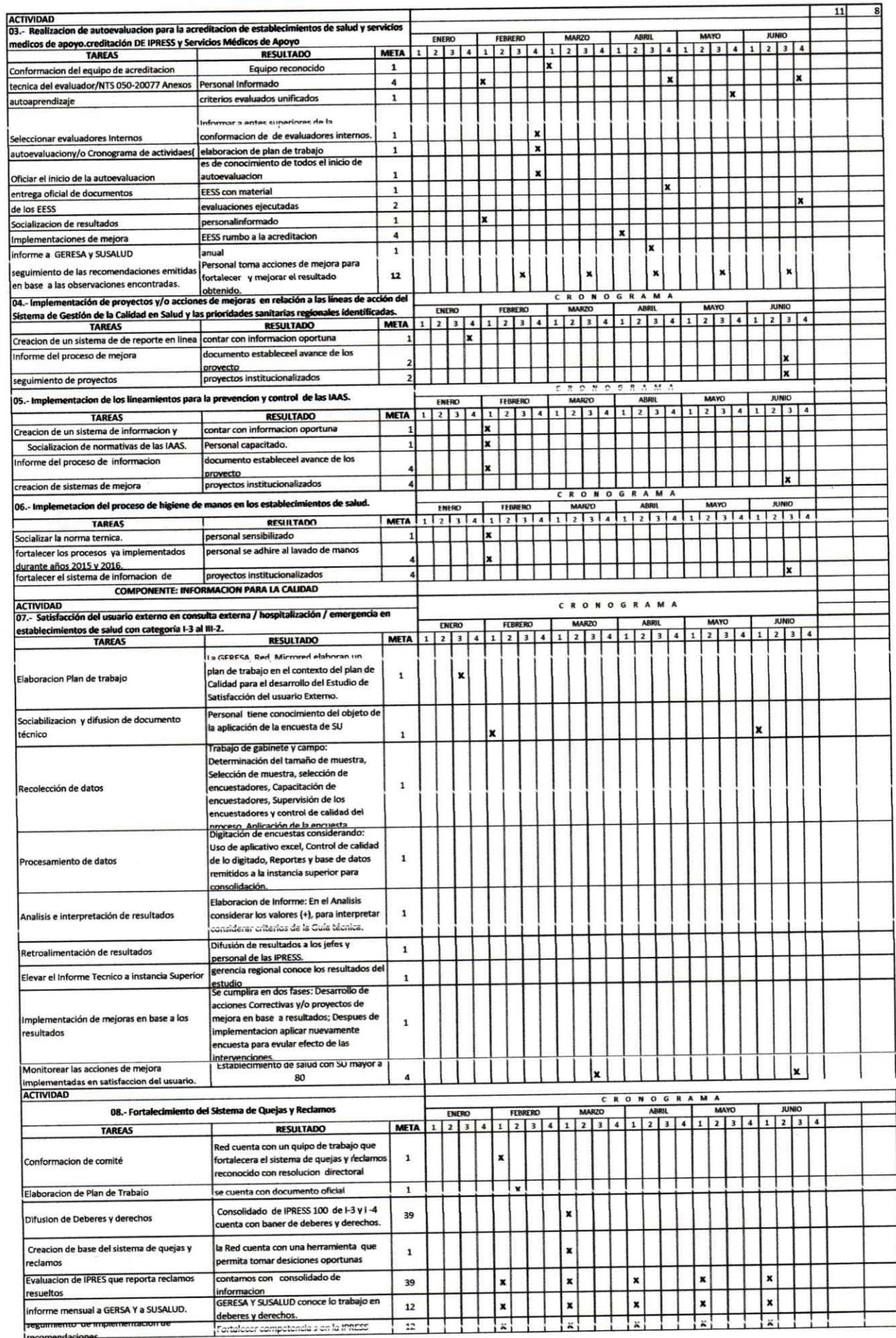


| 06.- Implementacion del proceso de higiene de manos en los establecimientos de salud.                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                  |      | C R O N O G R A M A |   |   |   |         |   |   |   |       |   |   |   |        |          |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|---------------------|---|---|---|---------|---|---|---|-------|---|---|---|--------|----------|--|
|                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                  |      | ENERO               |   |   |   | FEBRERO |   |   |   | MARZO |   |   |   | AVANCE | % AVANCE |  |
| TAREAS                                                                                                                                            | RESULTADO                                                                                                                                                                                                                                        | META | 1                   | 2 | 3 | 4 | 1       | 2 | 3 | 4 | 1     | 2 | 3 | 4 |        |          |  |
| Socializar la norma tecnica.                                                                                                                      | personal sensibilizado                                                                                                                                                                                                                           | 1    |                     |   |   |   | X       |   |   |   |       |   |   |   | 1      | 100      |  |
| fortalecer los procesos ya implementados durante años 2015 y 2016.                                                                                | personal se adhira al lavado de manos                                                                                                                                                                                                            | 4    |                     |   |   |   | X       |   |   |   |       |   |   |   | 1      | 25       |  |
| fortalecer el sistema de informacion de                                                                                                           | proyectos institucionalizados                                                                                                                                                                                                                    | 4    |                     |   |   |   |         |   |   |   |       |   |   |   | 1      | 25       |  |
| COMPONENTE: INFORMACION PARA LA CALIDAD                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                  |      |                     |   |   |   |         |   |   |   |       |   |   |   |        |          |  |
| ACTIVIDAD                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                  |      | C R O N O G R A M A |   |   |   |         |   |   |   |       |   |   |   |        |          |  |
| 07.- Satisfacción del usuario externo en consulta externa / hospitalización / emergencia en establecimientos de salud con categoría I-3 al III-2. |                                                                                                                                                                                                                                                  |      |                     |   |   |   |         |   |   |   |       |   |   |   |        |          |  |
| TAREAS                                                                                                                                            | RESULTADO                                                                                                                                                                                                                                        | META | ENERO               |   |   |   | FEBRERO |   |   |   | MARZO |   |   |   | AVANCE | % AVANCE |  |
|                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                  |      | 1                   | 2 | 3 | 4 | 1       | 2 | 3 | 4 | 1     | 2 | 3 | 4 |        |          |  |
| Elaboracion Plan de trabajo                                                                                                                       | La GERESA, Red, Microred elaboran un plan de trabajo en el contexto del plan de Calidad para el desarrollo del Estudio de Satisfacción del usuario Externo.                                                                                      | 1    |                     |   |   | X |         |   |   |   |       |   |   |   | 1      | 100      |  |
| Sociabilizacion y difusion de documento técnico                                                                                                   | Personal tiene conocimiento del objeto de la aplicación de la encuesta de SU                                                                                                                                                                     | 1    |                     |   |   |   | X       |   |   |   |       |   |   |   | 1      | 100      |  |
| Recolección de datos                                                                                                                              | Trabajo de gabinete y campo: Determinación del tamaño de muestra, Selección de muestra, selección de encuestadores, Capacitación de encuestadores, Supervisión de los encuestadores y control de calidad del proceso. Aplicación de la encuesta. | 1    |                     |   |   |   |         |   |   |   |       |   |   |   | 0      | 0        |  |
| Procesamiento de datos                                                                                                                            | Digitación de encuestas considerando: Uso de aplicativo excel, Control de calidad de lo digitado, Reportes y base de datos remitidos a la instancia superior para consolidación.                                                                 | 1    |                     |   |   |   |         |   |   |   |       |   |   |   | 0      | 0        |  |
| Analisis e interpretación de resultados                                                                                                           | Elaboracion de Informe: En el Analisis considerar los valores (+), para interpretar considerar criterios de la Guía técnica.                                                                                                                     | 1    |                     |   |   |   |         |   |   |   |       |   |   |   | 0      | 0        |  |
| Retroalimentación de resultados                                                                                                                   | Difusión de resultados a los jefes y personal de las IPRESS.                                                                                                                                                                                     | 1    |                     |   |   |   |         |   |   |   |       |   |   |   | 0      | 0        |  |
| Elevar el Informe Tecnico a instancia Superior                                                                                                    | gerencia regional conoce los resultados del estudio                                                                                                                                                                                              | 1    |                     |   |   |   |         |   |   |   |       |   |   |   | 0      | 0        |  |
| Implementación de mejoras en base a los resultados                                                                                                | Se cumplira en dos fases: Desarrollo de acciones Correctivas y/o proyectos de mejora en base a resultados; Despues de implementacion aplicar nuevamente encuesta para evaluar efecto de las intervenciones.                                      | 1    |                     |   |   |   |         |   |   |   |       |   |   |   | 0      | 0        |  |
| Monitorear las acciones de mejora implementadas en satisfaccion del usuario.                                                                      | Establecimiento de salud con SU mayor a 80                                                                                                                                                                                                       | 4    |                     |   |   |   |         |   |   |   |       |   | X |   | 1      | 25       |  |
| ACTIVIDAD                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                  |      | C R O N O G R A M A |   |   |   |         |   |   |   |       |   |   |   |        |          |  |
| 08.- Fortalecimiento del Sistema de Quejas y Reclamos                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                  |      |                     |   |   |   |         |   |   |   |       |   |   |   |        |          |  |
| TAREAS                                                                                                                                            | RESULTADO                                                                                                                                                                                                                                        | META | ENERO               |   |   |   | FEBRERO |   |   |   | MARZO |   |   |   | AVANCE | % AVANCE |  |
|                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                  |      | 1                   | 2 | 3 | 4 | 1       | 2 | 3 | 4 | 1     | 2 | 3 | 4 |        |          |  |
| Conformacion de comité                                                                                                                            | Red cuenta con un quipo de trabajo que fortalecera el sistema de quejas y reclamos reconocido con resolucion directoral                                                                                                                          | 1    |                     |   |   |   | X       |   |   |   |       |   |   |   | 1      | 100      |  |
| Elaboracion de Plan de Trabajo                                                                                                                    | se cuenta con documento oficial                                                                                                                                                                                                                  | 1    |                     |   |   |   |         | X |   |   |       |   |   |   | 1      | 100      |  |
| Difusion de Deberes y derechos                                                                                                                    | Consolidado de IPRESS 100 de I-3 y I-4 cuenta con baner de deberes y derechos.                                                                                                                                                                   | 39   |                     |   |   |   |         |   |   |   | X     |   |   |   | 20     | 51       |  |
| Creacion de base del sistema de quejas y reclamos                                                                                                 | la Red cuenta con una herramienta que permita tomar desiciones oportunas                                                                                                                                                                         | 1    |                     |   |   |   |         |   |   |   | X     |   |   |   | 1      | 100      |  |
| Evaluacion de IPRES que reporta reclamos resueltos                                                                                                | contamos con consolidado de informacion                                                                                                                                                                                                          | 39   |                     |   |   |   | X       |   |   |   | X     |   |   |   | 10     | 26       |  |
| informe mensuai a GERSA Y a SUSALUD.                                                                                                              | GERESA Y SUSALUD conoce lo trabajo en deberes y derechos.                                                                                                                                                                                        | 12   |                     |   |   |   | X       |   |   |   | X     |   |   |   | 1      | 8        |  |
| seguimiento de implementacion de recomendaciones                                                                                                  | Fortalecer competencia s en la IPRESS                                                                                                                                                                                                            | 12   |                     |   |   |   | X       |   |   |   | X     |   |   |   | 0      | 0        |  |



MATRIZ DE PROGRAMACION DEL PLAN DE LA MR LA JOYA CALIDAD EN SALUD 2026

[illegible]



MATRIZ DE PROGRAMACION DEL PLAN DE LA MR LA JOYA CALIDAD EN SALUD 2026

COMPONENTE: GARANTIA Y MEJORA DE LA CALIDAD

| 01.- Implementación del Registro, Notificación y Análisis de la ocurrencia de Eventos Adversos en Salud en los establecimientos de salud. |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |      | C R O N O G R A M A |   |         |   |   |       |   |   |       |   |      |   |   |       |   |       |   |        |   |            |   |         |   |           |   |           |   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|---------------------|---|---------|---|---|-------|---|---|-------|---|------|---|---|-------|---|-------|---|--------|---|------------|---|---------|---|-----------|---|-----------|---|
| TAREAS                                                                                                                                    | RESULTADO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | META | ENERO               |   | FEBRERO |   |   | MARZO |   |   | ABRIL |   | MAYO |   |   | JUNIO |   | JULIO |   | AGOSTO |   | SEPTIEMBRE |   | OCTUBRE |   | NOVIEMBRE |   | DICIEMBRE |   |
|                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 1    | 2                   | 3 | 4       | 1 | 2 | 3     | 4 | 1 | 2     | 3 | 4    | 1 | 2 | 3     | 4 | 1     | 2 | 3      | 4 | 1          | 2 | 3       | 4 | 1         | 2 | 3         | 4 |
| Elaborar padrón de Es establecimientos de Salud que implementan Registro y Notificación de Eventos Adversos                               | Se tiene documentado el número de hospitales que vienen implementando el Registro y Notificación de Eventos Adversos.                                                                                                                                                                                                             | 4    |                     |   |         |   |   |       |   |   |       |   |      |   |   |       |   |       |   |        |   |            |   |         |   |           |   |           |   |
| Elaborar prevalencia de Eventos Adversos                                                                                                  | Se tienen identificados los eventos adversos más frecuentes en los hospitales con sus respectivas tasas de prevalencia (considerar dato al momento de la visita).                                                                                                                                                                 | 4    |                     |   |         |   |   |       |   |   |       |   |      |   |   |       |   |       |   |        |   |            |   |         |   |           |   |           |   |
| Plan de trabajo operativo y de sostenibilidad                                                                                             | Las IPRESS cuentan con un cronograma de trabajo                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 1    |                     |   |         | X |   |       |   |   |       |   |      |   |   |       |   |       |   |        |   |            |   |         |   |           |   |           |   |
| Campaña de difusión en Temas de Seguridad                                                                                                 | Fecha realizado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 1    |                     |   |         | X |   |       |   |   |       |   |      |   |   |       |   |       |   |        |   |            |   |         |   |           |   |           |   |
| Implementación de la ficha de registro de                                                                                                 | Ficha implementada                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 2    |                     |   |         | X |   |       |   |   |       |   |      | X |   |       |   |       |   |        |   |            |   |         |   |           |   |           |   |
| Aplicación de la ficha de registro de eventos                                                                                             | IPRESS Registran en fichas ar exo 1                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 12   |                     |   |         | X |   |       |   | X |       |   |      | X |   |       |   |       |   |        |   |            |   |         |   |           |   |           |   |
| Consolidación de la ficha de registro de                                                                                                  | consolidado anexo 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 4    |                     |   |         |   |   |       |   | X |       |   |      |   |   |       |   |       |   |        |   |            |   |         |   |           |   |           |   |
| Evaluación de la implementación                                                                                                           | IPRESS Adquieren el hábito de reportar los eventos adversos y los incidentes. Sistematizar la información de eventos adversos.                                                                                                                                                                                                    | 2    |                     |   |         |   |   |       |   |   |       |   |      | X |   |       |   |       |   |        |   |            |   |         |   |           |   |           |   |
| Implementación de un aplicativo de reportes, informe y registro de reportes de eventos                                                    | Informe trimestral                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 1    |                     |   |         |   |   |       |   | X |       |   |      |   |   |       |   |       |   |        |   |            |   |         |   |           |   |           |   |
| Seguimiento de recomendaciones                                                                                                            | recomendaciones implementadas                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 4    |                     |   |         |   |   |       |   |   |       |   |      | X |   |       |   |       |   |        |   |            |   |         |   |           |   |           |   |
| Campaña informativa, de lavado de manos                                                                                                   | Campaña                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 1    |                     |   |         |   |   |       |   |   |       |   |      | X |   |       |   |       |   |        |   |            |   |         |   |           |   |           |   |
| Adquisición de insumos y materiales                                                                                                       | Insumos disponibles                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 12   | X                   |   |         |   |   |       |   | X |       |   |      | X |   |       |   |       |   |        |   |            |   |         |   |           |   |           |   |
| Aplicación de encuesta                                                                                                                    | encuesta ejecutada                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 12   |                     |   |         | X |   |       |   |   |       |   |      | X |   |       |   |       |   |        |   |            |   |         |   |           |   |           |   |
| Evaluación                                                                                                                                | el proceso                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 2    |                     |   |         |   |   |       |   |   |       |   |      | X |   |       |   |       |   |        |   |            |   |         |   |           |   |           |   |
| Aplicación de recetas DCI                                                                                                                 | satisfactoria                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 4    |                     |   |         |   |   |       |   | X |       |   |      |   |   |       |   |       |   |        |   |            |   |         |   |           |   |           |   |
| Identificar UPS con mayor frecuencia de Eventos Adversos                                                                                  | Se tienen identificados los servicios donde son más frecuentes los eventos adversos.                                                                                                                                                                                                                                              | 4    |                     |   |         |   |   |       |   |   |       |   |      | X |   |       |   |       |   |        |   |            |   |         |   |           |   |           |   |
| Consolidar capacitaciones en Eventos Adversos                                                                                             | Se cuenta con registro de las capacitaciones que se han realizado las IPRESS sobre la intervención en Eventos Adversos a todo el persona involucrado, de tal manera que los mismos tengan los conocimientos sobre el manejo de estas situaciones, antes, durante y después con el fin de utilizar estas herramientas en práctica. | 4    |                     |   |         |   |   |       |   |   |       |   |      |   |   |       |   |       |   |        |   |            |   |         |   |           |   |           |   |
| Remitir consolidado a la GERESA Arequipa                                                                                                  | Se cuenta con consolidado de los informes trimestrales remitidos por las IPRESS que vienen implementando el Registro y Notificación de Eventos Adversos, donde detallan la metodología causa raíz para el análisis de los Eventos Adversos                                                                                        | 4    |                     |   |         |   |   |       |   |   |       |   |      |   |   |       |   |       |   |        |   |            |   |         |   |           |   |           |   |



**ACTIVIDAD**

| 02.- Auditoría de la Calidad de Atención en los establecimientos de salud             |                                                                                                                                                                                                                                                                               |      |                     |       |         |         |       |       |       |       |      |      |
|---------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|---------------------|-------|---------|---------|-------|-------|-------|-------|------|------|
| TAREAS                                                                                | RESULTADO                                                                                                                                                                                                                                                                     | META | C R O N O G R A M A |       |         |         |       |       |       |       |      |      |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                               |      | ENERO               | ENERO | FEBRERO | FEBRERO | MARZO | MARZO | ABRIL | ABRIL | MAYO | MAYO |
| Comité Auditoría Implementado y Acreditado                                            | Comité de auditoría designado y cumple con el perfil establecido según la NT 029-MNSA V.01 y se reúne de acuerdo a programación.                                                                                                                                              | 1    |                     |       |         |         |       |       |       |       |      |      |
| Elaborar listado de Comités de Auditoría a nivel de la red de Salud Arequipa Caylloma | Se cuenta con listado de comités de auditoría en microredes, redes y hospitales, y que se encuentren formalmente designados.                                                                                                                                                  | 1    |                     |       |         |         |       |       |       |       |      |      |
| Elaborar listado de planes aprobados de los comités                                   | Se tiene el consolidado de los planes de trabajo de auditoría de la calidad de atención (1 Hospitales, y 28 Microredes) para el presente año debidamente aprobados.                                                                                                           | 1    |                     |       |         |         |       |       |       |       |      |      |
| Elaborar registro de personal capacitado en Auditoría de la Calidad                   | Se cuenta con un registro de los integrantes de los comités de auditoría que han recibido capacitación y certificación en auditoría de la calidad de atención, en el último año.                                                                                              | 1    |                     |       |         |         |       |       |       |       |      |      |
| Modernización del aplicativo de auditoría                                             | Contar con un aplicativo que permita sistematizar la información de las auditorías de registro.                                                                                                                                                                               | 1    |                     |       |         |         |       |       |       |       |      |      |
| Verificar la información                                                              | Proceso de auditoría realizado;                                                                                                                                                                                                                                               | 12   |                     |       |         |         |       |       |       |       |      |      |
| Analizar los resultados                                                               | correctamente permitiendo la mejora continua de la calidad                                                                                                                                                                                                                    | 4    |                     |       |         |         |       |       |       |       |      |      |
| retroalimentación de los resultados                                                   | Se cuantiar con los informes de las auditorías de caso y se realiza el seguimiento a la implementación de las recomendaciones emitidas por el comité de auditoría estableciéndose el grado de cumplimiento.                                                                   | 4    |                     |       |         |         |       |       |       |       |      |      |
| Elaborar registro de cumplimiento de implementación de recomendaciones.               |                                                                                                                                                                                                                                                                               | 1    |                     |       |         |         |       |       |       |       |      |      |
| Elaborar archivo consolidado de las GPC (Hospitales)                                  | Se cuenta con el consolidado de las GPC vigentes (3 años o según indique cada GPC) en las IPRESS de acuerdo a los criterios de acreditación. (Atención Ambulatoria, Emergencia, Hospitalización).                                                                             | 1    |                     |       |         |         |       |       |       |       |      |      |
| Remitir informe a la GIRESA de Arequipa                                               | Se remite informe consolidado de los reportes trimestrales contiene el 100% de auditoría realizadas (Calidad de la atención en salud, calidad de registro y auditoría de caso) del hospital y 28 microredes y han comunicado oficialmente a la Dirección de Calidad en Salud. | 4    |                     |       |         |         |       |       |       |       |      |      |

**ACTIVIDAD**

| 03.- Realización de la reevaluación para la acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, creación de IPRESS y Servicios Médicos de Apoyo |                                                                         |      |                     |       |         |         |       |       |       |       |      |      |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|------|---------------------|-------|---------|---------|-------|-------|-------|-------|------|------|
| TAREAS                                                                                                                                                              | RESULTADO                                                               | META | C R O N O G R A M A |       |         |         |       |       |       |       |      |      |
|                                                                                                                                                                     |                                                                         |      | ENERO               | ENERO | FEBRERO | FEBRERO | MARZO | MARZO | ABRIL | ABRIL | MAYO | MAYO |
| Conformación del equipo de acreditación                                                                                                                             | Equipo reconocido                                                       | 1    |                     |       |         |         |       |       |       |       |      |      |
| Técnica del evaluador/ NTS 050-2007 Anexos                                                                                                                          | Personal informado                                                      | 4    |                     |       |         |         |       |       |       |       |      |      |
| autoaprendizaje                                                                                                                                                     | criterios evaluados unificados                                          | 1    |                     |       |         |         |       |       |       |       |      |      |
| Seleccionar evaluadores internos                                                                                                                                    | Informar a entes superiores de la conformación de evaluadores internos. | 1    |                     |       |         |         |       |       |       |       |      |      |









## EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS

| MACROPROCESO                                              | RESPONSABLES DE LOS MACROPROCESOS EN LOS ESTABLECIMIENTOS |                                     |                                |                                |                                |                                |
|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
|                                                           | C.S LA JOYA                                               | C.S EL CRUCE                        | P.S LOS MEDANOS                | P.S CERRITO BUENA VISTA        | P.S BENITO LAZO                | C.S. MENTAL COMUNITARIO        |
| 1. Direccionamiento                                       | Dra. Victoria Edita Salazar Silva                         | Dra. Ariadne Natalia Espezua Chalco | Lic. Nilda Mendoza Choque      | Lic. Erika Choquehuana Vera    | Obst. Uberlinda Solis Cruz     | Dr. Hector Ciro Gutierrez Diaz |
| 2. Gestión de Recursos Humanos                            | Resp. de Personal                                         | Resp. de Personal                   | Resp. de Personal              | Resp. de Personal              | Resp. de Personal              | Resp. de Personal              |
| 3. Gestión de la calidad                                  | Dra. Victoria Edita Salazar Silva                         | Resp. de Gestión de la Calidad      | Resp. de Gestión de la Calidad | Resp. de Gestión de la Calidad | Resp. de Gestión de la Calidad | Resp. de Gestión de la Calidad |
| 4. Manejo de Riesgo de Atención                           | Dra. Juana Eliana Zevallos Pacheco                        | Resp. de Defensa Nacional           | Resp. de Defensa Nacional      | Resp. de Defensa Nacional      | Resp. de Defensa Nacional      | Resp. de Defensa Nacional      |
| 5. Gestión de Seguridad ante desastres                    | Dra. Juana Eliana Zevallos Pacheco                        | Resp. de Defensa Nacional           | Resp. de Defensa Nacional      | Resp. de Defensa Nacional      | Resp. de Defensa Nacional      | Resp. de Defensa Nacional      |
| 6. Control de Gestión y Prestación                        | Jefe de Micro Red                                         | Resp. de EE.SS.                     | Resp. de EE.SS.                | Resp. de EE.SS.                | Resp. de EE.SS.                | Resp. de EE.SS.                |
| 7. Atención Ambulatoria                                   | Servicio de Medicina                                      | Servicio de Medicina                | Servicio de Medicina           | Servicio de Medicina           | Servicio de Medicina           | Servicio de Medicina           |
| 8. Atención Extramural                                    | T.S. Jane Gloria Rodríguez Charca                         | Resp. de Promoción de la Salud      |                                |                                |                                | Resp. de Promoción de la Salud |
| 10. Atención de Emergencia                                | Servicio de Medicina                                      | Servicio de Medicina                |                                |                                |                                |                                |
| 13. Atención de Apoyo Diagnostico y Tratamiento           | Resp. del Servicio de Laboratorio                         | Resp. del Servicio de Laboratorio   |                                |                                |                                |                                |
| 14. Admisión y Alta                                       | Resp. Tec. Enf.                                           | Resp. Tec. Enf                      | Resp. Tec. Enf                 | Resp. Tec. Enf                 | Resp. Tec. Enf                 | Resp. Tec. Enf                 |
| 15. Referencia y Contrarreferencia                        | Dra. Gaby Macedo Vizcarra                                 | Servicio de Medicina                | Resp. del EE.SS.               | Resp. del EESS.                | Resp. del EE.SS.               | Servicio de Medicina           |
| 16. Gestión de Medicamentos.                              | Químico Farmaceutico                                      | Resp. del SISMED                    | Resp. del SISMED               | Resp. del SISMED               | Resp. del SISMED               | Resp. del SISMED               |
| 17. Gestión de la información                             | Tec. Erika Vanesa Lazo Vilca                              | Tec. Liliana Olinda Arviri Choque   |                                |                                |                                |                                |
| 18. Descontaminación limpieza desinfección esterilización | Resp. Tec. Enf.                                           | Resp. Tec. Enf                      | Resp. Tec. Enf                 | Resp. Tec. Enf                 | Resp. Tec. Enf                 | Resp. Tec. Enf.                |
| 19. Manejo de riesgo social                               | T.S. Jane Gloria Rodríguez Charca                         | Resp. de Promoción de la Salud      |                                |                                |                                | Resp. de Promoción de la Salud |
| 21. Gestión de Insumos y Materiales                       | Tec. Enf. Hemelinda Roque Choque                          | Resp. de Logística                  | Resp. de Logística             | Resp. de Logística             | Resp. de Logística             | Resp. de Logística             |

GOBIERNO REGIONAL AREQUIPA  
 GERENCIA REGIONAL DE SALUD  
 RED DE SALUD AREQUIPA CAYLLOMA  
 MICRO RED LA JOYA  
 Victoria Edita Salazar Silva  
 C.M.P. 25990  
 MÉDICO CIRUJANO