



## Resolución Directoral

Sullana, 21 de febrero del 2024

### VISTO:

La Nota Informativa N° 082-2024-HAS/430020165 (20.02.2024), de la Oficina de Gestión de la Calidad, el proveído favorable de la Dirección Ejecutiva, de fecha 20 de febrero 2024, y;

### CONSIDERANDO:

Que, de acuerdo al documento del Visto, la Dirección Ejecutiva, autoriza proyectar la Resolución de aprobación del **"Plan de Trabajo de la Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital de Apoyo II-2 Sullana Año 2024"**, con proveído correlativo N° 750 de fecha 20 de febrero del 2024;

Que, el numeral VI del Título Preliminar de la Ley N° 26842 - Ley General de la Salud, establecen 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, mediante Resolución Ministerial N° 519-2006-MINSA, se aprobó el Documento Técnico denominado "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud", con el objetivo de "establecer los principios, normas, metodologías y procesos para la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, orientada a obtener resultados para la mejora de la calidad de atención en los servicios de salud;

Que, en el marco de la Resolución Ministerial N° 727- 2009/ MINSA, se aprueba el Documento Técnico "La Política Nacional de Calidad en Salud", cuya finalidad es contribuir a la mejora de la calidad de la atención de salud en las organizaciones proveedoras de servicios de salud, mediante la implementación de directrices emanadas de la Autoridad Sanitaria Nacional;

Que, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 13° del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital de Apoyo II-2 Sullana vigente, establece que la Oficina de Gestión de la Calidad es la Unidad Orgánica encargada de implementar el Sistema de Gestión de la Calidad en el Hospital, para promover la mejora continua de la atención asistencial y administrativa al paciente, con la participación activa del personal;

Que, la gestión de calidad implica la transformación de la organización mediante el aprendizaje y la mejora permanente que surge como respuesta a las necesidades y expectativas de sus usuarios. Esto implica la implementación de los modelos de gestión de calidad que corresponde al Sector Salud, los cuales requieren optimizar el uso de sus recursos para ejecutar los procesos de desarrollo basados en estrategias locales de mejora de la calidad, a fin de alcanzar los mayores resultados posibles con las inversiones realizadas;

Que, dentro de este contexto, la Oficina de Gestión de Calidad, ha elaborado el **Plan de Trabajo de la Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital de Apoyo II-2 Sullana Año 2024**, siguiendo las disposiciones establecidas en el marco normativo vigente; por lo que resulta pertinente proceder a emitir el acto resolutorio de aprobación del instrumento de Gestión;

Que, la Finalidad del **Plan de Trabajo de la Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital de Apoyo II-2 Sullana Año 2024**, consiste en contribuir a la Mejora de la Calidad de Atención de Salud que se brinda a los pacientes del Hospital de Apoyo II-2 Sullana, a través de una correcta y oportuna mejora continua;

Con las visaciones de la Oficina de Planeamiento Estratégico, Asesoría Legal, y la Oficina de Administración;





## Resolución Directoral

Sullana, 21 de febrero del 2024

En Uso de las Atribuciones y Facultades conferidas al Director Ejecutivo del Hospital de Apoyo II-2 Sullana, establecidas en el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital de Apoyo II-2 Sullana, aprobado mediante Ordenanza Regional N°312-2015/GRP-CR, de fecha dieciséis de mayo del dos mil quince (16.05.2015); y de conformidad con la Resolución Ejecutiva Regional N° 0622-2023/GOBIERNO REGIONAL PIURA.GR, de fecha veinte de julio del 2023 (20.07.2023), que resuelve designar a la Médico **MARÍA EUGENIA GALLOSA PALACIOS**, en el cargo de Directora Ejecutiva del Hospital de Apoyo II-2 Sullana;

### SE RESUELVE:

**ARTÍCULO PRIMERO.- APROBAR**, a partir de la fecha, el "**Plan de Trabajo de la Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital de Apoyo II-2 Sullana Año 2024**", que en documento adjunto forma parte de la presente Resolución.

**ARTÍCULO SEGUNDO.- DISPONER**, a la Oficina de Gestión de la Calidad, la ejecución y control del Plan aprobado en el Artículo precedente.

**ARTÍCULO TERCERO.- NOTIFICAR**, la presente Resolución a Dirección Ejecutiva, Oficina de Planeamiento Estratégico, Oficina de Administración, Órgano de Control Institucional, Unidad de Personal, Oficina de Gestión de la Calidad, y Unidad de Estadística e Informática.

**ARTICULO CUARTO.- ENCARGAR**, a la Unidad de Estadística e Informática proceda a publicar la presente resolución en el portal web institucional.

**REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y PUBLÍQUESE.**

MEGP/JGRC/apz.

GOBIERNO REGIONAL PIURA  
HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA  
  
Ms. María Eugenia Gallosa Palacios  
DIRECTORA EJECUTIVA  
CMP 29740 RNE. 22014



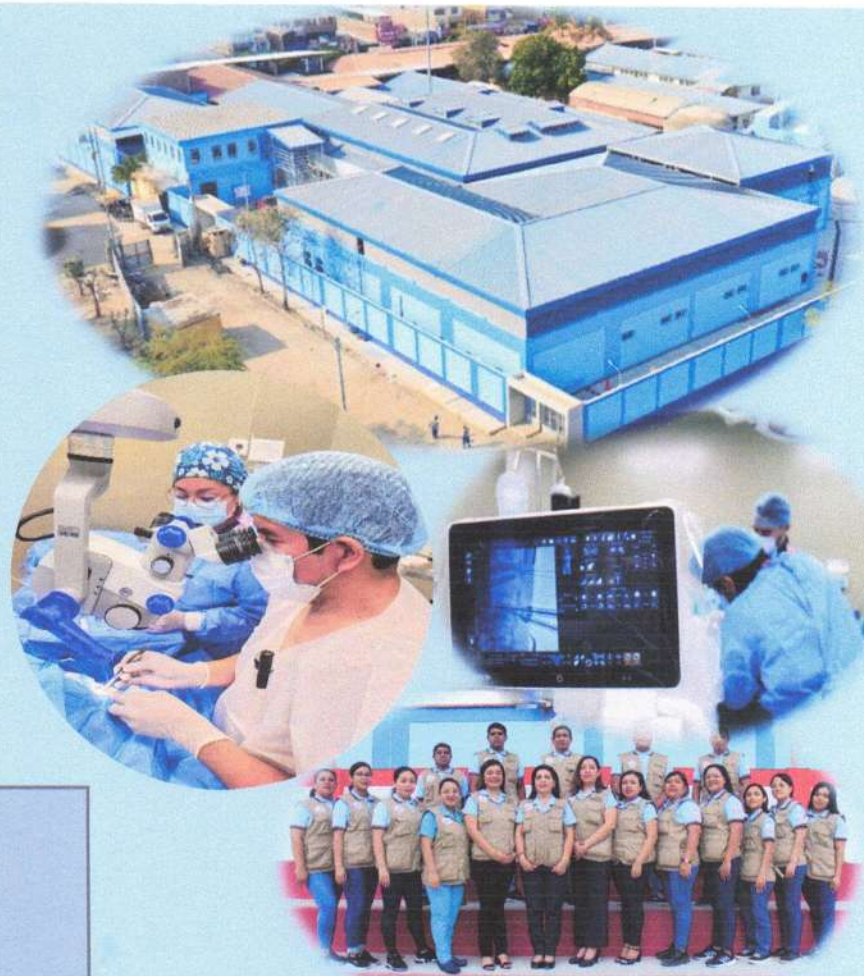
PERÚ

Ministerio  
de Salud

Hospital De Apoyo  
II-2 Sullana



OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD



# PLAN DE TRABAJO OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD AÑO 2024

*Elaborado por la Oficina de Gestión de la Calidad del  
Hospital de Apoyo II-2 Sullana.*

*Oficina de Gestión de la Calidad  
e-Mail: [hospitalsullana@hospitalsullana.gob.pe](mailto:hospitalsullana@hospitalsullana.gob.pe)  
[www.hospitalsullana.gob.pe](http://www.hospitalsullana.gob.pe)*



PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital De Apoyo II-2 Sullana

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

# OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD



## PLAN DE TRABAJO DE LA OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD DEL HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA 2024



PERÚ

Ministerio  
de Salud

Hospital De Apoyo  
II-2 Sullana

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

## RESPONSABLES

**MG. ADM. PILAR VILLALTA ESPINOZA**

Supervisor de la Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital de Apoyo II-2 Sullana.

**BACH. ADM. LEYDY ESTEFANY RISCO SALDARRIAGA**  
Responsable del Área de Mejora Continua de la Calidad

**ABOG. ROSA ELIZBET JUÁREZ HERRERA**  
Responsable del Área de PAUS y Libro de Reclamaciones

**LIC. ENF. SONIA KIMBERLY VILLASECA RIVERA**  
Responsable de Seguridad del Paciente y Gestión de Riesgo.

**LIC. ADM. LOURDES DEL PILAR HERRERA MENDOZA**  
Resp. Del Área de Acreditación del Hospital de Apoyo II-2 Sullana

**COMITE DE AUDITORIA CALIDAD EN SALUD DEL HOSPITAL DE APOYO  
II-2 SULLANA.**

**COMITE DE AUDITORIA MEDICA EN SALUD DEL HOSPITAL DE APOYO  
II-2 SULLANA.**

**PIURA-PERÚ 2024**



# INDICE

I.	INTRODUCCIÓN.....	5
II.	FINALIDAD .....	6
III.	JUSTIFICACIÓN.....	6
IV.	OBJETIVOS.....	6
	4.1. OBJETIVO GENERAL.....	6
	4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	6
	AMBITO DE APLICACIÓN .....	6
VI.	BASE LEGAL .....	6
VII.	METODOLOGÍA .....	7
VIII.	NATURALEZA, FINES, VALORES, MISIÓN Y VISIÓN:.....	8
	8.1. NATURALEZA:.....	8
	8.2. FINALIDAD:.....	8
	8.3. VALORES:.....	8
	8.4. MISIÓN: .....	8
	8.5. VISIÓN: .....	9
	DIAGNOSTICO INTERNO Y EXTERNO: .....	9
	9.1. FODA:.....	9
	9.2. ORGANIZACIÓN FUNCIONAL: .....	10
X.	LINEAS O EJES DE ACCIÓN DEL SISTEMA GENERAL DE CALIDAD .....	10
	10.1. DEFINICIONES OPERACIONALES.....	10
	10.2. DIMENSIONES DE LA CALIDAD .....	13
	10.3. PRINCIPIOS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD.....	13
	10.4. COMPONENTES DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD .....	14
	10.5. POLITICA NACIONAL DE CALIDAD.....	15
XI.	ACCIONES PRIORITARIAS.....	17
XII.	DESARROLLO DE ACTIVIDADES .....	18
XIII.	PRESUPUESTO: .....	20
XIV.	RESPONSABILIDADES:.....	20
XV.	CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES .....	21
XVI.	ANEXOS .....	25





## I. INTRODUCCIÓN

El Hospital de Apoyo II-2 Sullana, es una entidad adscrita al Gobierno Regional Piura, siendo categorizado como Hospital de Tipo II-2, el cual se encuentra ubicado en la Av. Santa Rosa S/N.

Somos un establecimiento referencial de las regiones Piura y Tumbes, en el ámbito binacional de la cuenca Catamayo-Chira, que promueve la salud, previene los riesgos, protege del daño con énfasis en la recuperación de la salud y la rehabilitación de la persona, la familia, la comunidad y el medio ambiente, desde su concepción hasta su muerte natural, con accesibilidad plena.

La acreditación es una herramienta para el mejoramiento continuo de la calidad, con La OMS, define la calidad como "la medida en la cual los servicios de salud que se ofrecen a individuos y poblaciones de pacientes mejoran los resultados de salud deseados. Para lograr esto, la atención médica debe ser segura, efectiva, oportuna, eficiente, equitativa, y centrada en las personas".

La mejora continua de la calidad constituye la razón de ser de la Oficina de Gestión de la Calidad, donde todo problema encontrado es una oportunidad para mejorar. Además, la mejora constituye una exigencia ética, individual y organizacional de todos los trabajadores del hospital quienes estamos comprometidos de optimizar la calidad de atención de nuestro Hospital.

La Oficina de Gestión de la calidad es la unidad orgánica encargada de implementar el sistema de Gestión de la Calidad para promover la mejora continua de los procesos asistenciales y administrativos con la participación activa del personal.

El presente plan de gestión de la calidad está siendo impulsado progresivamente en los sistemas de salud, desde el año 2008, a través de actividades de regulación y evaluación, así como intervenciones que promueven el aprendizaje de los prestadores y de las organizaciones de salud; dirigidos a la mejora continua que conlleven a garantizar la calidad en las intervenciones durante el cuidado de la salud de la población atendida en nuestra IPRESS.

La gestión de la calidad implica la transformación de la organización mediante el aprendizaje y la mejora permanente que surge como respuestas a las necesidades y expectativas de sus usuarios. Esto implica la implementación de los modelos de gestión de calidad que corresponde al sector salud, los cuales requieren optimizar el uso de sus recursos para ejecutar los procesos de desarrollo basados en estrategias locales de mejora de la calidad, a fin de alcanzar los mayores resultados posibles con las inversiones realizadas.

Por ellos, el presente Plan de Gestión de la calidad 2024 del Hospital de Apoyo II – 2 de Sullana, actualmente tendrá la finalidad de fortalecer la calidad en la prestación de los servicios brindados, definiendo estrategias para su adecuado funcionamiento y estableciendo mecanismos que recojan las necesidades, requerimiento y expectativas de los usuarios, permitiendo la mejora continua de la calidad mediante sus áreas de trabajado: Área de Mejora Continua, Área de seguridad al paciente, Plataforma de atención al usuario y libro de reclamaciones, Área de Acreditación en Salud.



## II. FINALIDAD

Contribuir a la mejora de la Calidad de atención de salud que se brinda a los pacientes del Hospital de Apoyo II-2 Sullana a través de una correcta y oportuna Mejora Continua.

## III. JUSTIFICACIÓN

La calidad de atención en salud incorpora como eje central, al usuario, orientando las acciones hacia la mejora continua de los servicios de salud, en base a las dimensiones de calidad tales como: la calidad técnica, humana y la del entorno, El sistema de gestión de la Calidad según el modelo del MINSA se basa en los componentes de la calidad de atención en salud como son Planificación, Organización, Garantía y mejora continua y finalmente lo relacionado al componente de información para la calidad que incorpora la atención del usuario en base a la escucha activa a través de las consultas, reclamos, encuestas, entrevistas, mediciones de satisfacción del usuario, tiempos de espera, estudios de procesos que son insumos para la mejora continua en los servicios de salud.

## IV. OBJETIVOS

### 4.1. OBJETIVO GENERAL

Mejorar la calidad de los servicios de salud en el Hospital de Apoyo II-2 Sullana, mediante la implementación del sistema de Gestión de Calidad.

### 4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Fortalecer y mejorar la información de la calidad de atención en salud.
- Fortalecer el proceso de proyectos y/o acciones de mejora continua.
- Fortalecer el Proceso de acreditación del Hospital de Apoyo II-2 Sullana.
- Fortalecer y monitorear el desarrollo de las actividades enmarcadas en el proceso de seguridad del paciente.
- Fortalecer los mecanismos de escucha al usuario.
- Fortalecer y monitorear el desarrollo de las actividades enmarcadas en el Proceso de seguridad del paciente.
- Monitorear el Plan de auditoría de la calidad y auditoría médica en atención en salud 2024.

## V. AMBITO DE APLICACIÓN

El Presente Plan se aplicará en todos los Departamentos, Oficinas, servicios y áreas de asistencia Directa o Indirecta al Usuario Externo del Hospital de Apoyo II-2 Sullana.

## VI. BASE LEGAL

- Ley N° 26842 - "Ley General de Salud" y sus modificatorias.
- Ley N° 27657, "Ley del Ministerio de Salud".
- Ley N° 27806, Ley de acceso a la información.
- Ley N° 27815, Ley del código de ética de la Función Pública.





- Ley N°29414, Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud.
- Resolución Ministerial N°727-2009/MINSA, Se aprueba el documento técnico: "Política Nacional de Calidad en Salud"
- Resolución Ministerial N°095-2012/MINSA, que aprueba la Guía Técnica para elaboración de proyectos de mejora y aplicación de técnicas y herramientas para la Gestión de la Calidad.
- Resolución Ministerial N°692-2012/MINSA, Declaran la cuarta semana del mes de septiembre de cada año como la "Semana de la Calidad en Salud."
- Resolución Ministerial N°502-2016/MINSA, que aprueba la norma técnica de Salud N°029-MINSA/DIGEPRES.V.02 "Norma Técnica de Salud de Auditoria de la Calidad de la atención en Salud."
- Resolución Directoral N° 503-2021GOB.REG.PIURA.DRSP.430020161 (16.07.2021).
- Decreto Legislativo N° 1161, que aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- Decreto Supremo N° 013-2006-SA que aprueba el "Reglamento de Establecimientos de Salud y de Servicios Médicos de Apoyo".
- Resolución Ministerial N° 1263-2004/MINSA que aprueba la Directiva N° 047-2004-DGSP/MiNSA-V.01, "Lineamientos para la Organización y Funcionamiento de la Estructura de Calidad en los Hospitales del Ministerio de Salud".
- Resolución Ministerial. N° 519-2006/MINSA que aprueba el Documento Técnico: "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud".
- Decreto Supremo N° 002-2019-SA, Aprueban Reglamento para la Atención de Reclamos y Denuncias de los Usuarios de las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud – IAFAS, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud – IPRESS y Unidades de Gestión de Instituciones Prestadoras de Servicios de salud – UGIPRESS, públicas, privadas y mixtas.
- Decreto Supremo N°036-2023-SA.
- Resolución Ministerial N°163-2020- que aprobó la Directiva Sanitaria N°092 "Rondas de seguridad del paciente para la Gestión del Riesgo en Atención de Salud."
- Resolución Ministerial N°456-2007/MINSA, se aprobó la "Norma Técnica de salud para la Acreditación de establecimientos de salud".
- Resolución Ministerial N°270-2009/MINSA "Guía Técnica del evaluador para la acreditación de establecimientos de salud".
- Resolución Ministerial N°491-2012/MINSA "Listado de estándares de acreditación para establecimientos de salud con categoría II-2".

## VII. METODOLOGÍA

La gestión de la calidad implica la transformación de la organización mediante el aprendizaje y la mejora permanente que surge como respuestas a las necesidades y expectativas de sus usuarios. Esto implica la implementación de los modelos de gestión de calidad que corresponde al sector salud, los cuales requieren optimizar el uso de sus recursos para ejecutar los procesos de desarrollo basados en estrategias locales de mejora de la calidad, a fin de alcanzar los mayores resultados posibles con las inversiones realizadas.



La OMS, define la calidad como "la medida en la cual los servicios de salud que se ofrecen a individuos y poblaciones de pacientes mejoran los resultados de salud deseados. Para lograr esto, la atención médica debe ser segura, efectiva, oportuna, eficiente, equitativa, y centrada en las personas".

La Oficina de Gestión de la Calidad tiene a su cargo las líneas de trabajo del Sistema de Gestión de la Calidad aprobado por el Ministerio de Salud con RM N° 519-2005/MINSA, son las siguientes:

- Acreditación.
- Auditoria.
- Atención al Usuario.
- Información para la Calidad.
- Mejora Continua.
- Seguridad del Paciente.

### VIII. NATURALEZA, FINES, VALORES, MISIÓN Y VISIÓN:

#### 8.1. NATURALEZA:

La oficina de Gestión de la Calidad es un Órgano asesor de la Dirección Ejecutiva.

#### 8.2. FINALIDAD:

Contribuir a la mejora de la Calidad de atención de salud que se brinda a los pacientes del Hospital de Apoyo II-2 Sullana a través de una correcta y oportuna Mejora Continua.

#### 8.3. VALORES:

- Orientados y comprometidos con el paciente: Comprometidos con una forma de trabajar más justa con cada uno de los pacientes, porque son ellos el motivo y el centro de nuestra actividad. Nuestro objetivo es que cada paciente reciba la atención precisa, en el momento preciso, por parte del profesional preciso.
- Orientados hacia la calidad: A través de una actitud proactiva y con el objetivo de mejorar día a día el servicio que prestamos en cualquier ámbito de nuestra actividad.
- Orientados a la innovación y la tecnología: La Innovación Médica como eje diferencial de nuestra propuesta sanitaria. A la vez, la tecnología como elemento facilitador de la relación con el paciente y todas las personas que interactúan con Nuestro Hospital en su actividad diaria ya sean pacientes, familiares o colaboradores de cualquier tipo.

#### 8.4. MISIÓN:

Tenemos como Misión el compromiso con la sociedad de prestar una atención sanitaria de Calidad hacia el Usuario, basándonos en promover la mejora continua en la atención, asistencial, administrativa y de mejor accesibilidad y satisfacción del usuario.



8.5. VISIÓN:

Nuestra visión es seguir implantando e impulsando una buena atención y buen trato al usuario, para lo cual aspiramos en seguir mejorando los estándares de calidad en salud en lo asistencial y administrativo, con participación activa del personal en la satisfacción del usuario interno y externo.

IX. DIAGNOSTICO INTERNO Y EXTERNO:

9.1. FODA:

De manera general podemos referir las Fortalezas, Debilidades, Oportunidades y amenazas del entorno donde se realizan las actividades.

FORTALEZAS	DEBILIDADES
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Personal comprometido e identificado con el logro de los objetivos institucionales.</li> <li>▪ Personal profesional calificado y con experiencia</li> <li>▪ Comunicación y trabajo en equipo.</li> <li>▪ Capacidad del personal para resolver problemas, quejas y reclamos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Infraestructura de la Unidad no adecuada, se cuenta con espacios limitados.</li> <li>▪ Falta de tecnología y equipos periféricos.</li> <li>▪ Fortalecer el sistema de capacitaciones externas.</li> <li>▪ Falta de Recursos Humanos (PAUS).</li> <li>▪ Aptitudes renuentes por parte del personal asistencial s las nuevas mejoras.</li> </ul>
OPORTUNIDADES	AMENAZAS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alianzas con otros hospitales nacionales a fin de fortalecer el sistema de Calidad en Salud.</li> <li>• Oportunidades de mejora continua, gestión por procesos, orientación al ciudadano.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No contar con Disponibilidad Presupuestal para la Oficina de Gestión de la Calidad.</li> <li>• No estar Contemplados dentro del POI Institucional.</li> <li>• Mejoras Tecnológicas.</li> </ul>





## 9.2. ORGANIZACIÓN FUNCIONAL:



- Resolución Directoral N°841-2023/GOB.REG.PIURA-DRSP.430020161, Cargo de Supervisor I de la Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital de Apoyo II-2 Sullana
- Resolución Directoral N°517-2019/GOB.REG.PIURA-DRSP.430020161, Responsable de la Mejora Continua de la Calidad del Hospital de Apoyo II-2 Sullana.
- Resolución Directoral N°56-2024/GOB.REG.PIURA-DRSP.430020161, Responsable de la Plataforma de Atención al Usuario y Libro de Reclamaciones.
- Resolución Directoral N°503-2021/GOB.REG.PIURA-DRSP.430020161, Responsable del área de Acreditación del Hospital de Apoyo II-2 Sullana.
- Resolución Directoral N°203-2022/GOB.REG.PIURA-DRSP.430020161, Responsable del área de Seguridad del Paciente del Hospital de Apoyo II-2 Sullana.

## X. LINEAS O EJES DE ACCIÓN DEL SISTEMA GENERAL DE CALIDAD

### 10.1. DEFINICIONES OPERACIONALES

#### Gestión de la Calidad

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



## Sistema de Gestión de la Calidad en Salud

Es el conjunto de elementos interrelacionados que contribuyen conducir, regular, brindar asistencia técnica y evaluar a los establecimientos de salud y sus dependencias públicas y privadas a nivel nacional, regional, local, en lo relativo a la calidad de atención y de la gestión.

### Calidad de la Atención

Conjunto de actividades que realizan los establecimientos de Salud y los Servicios médicos de apoyo en el proceso de atención, desde el punto de vista técnico y humano, para alcanzar los efectos deseados por el usuario en términos de seguridad, eficacia, eficiencia y satisfacción del usuario.

### Instrumentos de Calidad

Mecanismos tangibles utilizados para alcanzar el propósito del sistema de Gestión de Calidad (Encuesta de satisfacción del usuario interno y externo), formatos para evaluación, Matriz de análisis de resultados de autoevaluación, Matriz para la elaboración de proyectos de Mejora Continua de la Calidad.

### Equipo de Gestión de la Calidad

Grupo de personas que trabajan para promover la evaluación de los servicios de salud, a fin de identificar problemas e implementar soluciones en base a una metodología sostenible para el mejoramiento de la calidad.

### Usuario Externo

Persona que acude a un establecimiento de salud para recibir una atención de salud de manera continua y con calidad, en el contexto de la familia y comunidad.

### Satisfacción al Usuario Externo

Grado de cumplimiento por parte de la organización en salud, respecto a las expectativas y percepciones del usuario en relación a los servicios que esta ofrece.

### Cultura de Seguridad

Es el patrón integrado de comportamiento individual y de la organización, que busca continuamente reducir al mínimo el daño que podría sufrir el paciente como consecuencia de los procesos de atención en salud.

### Mejora Continua

Metodología que implica el desarrollo de un proceso permanente y gradual en toda la organización, a partir de los instrumentos de la garantía de la calidad, con el fin de cerrar las brechas existentes, alcanzar niveles de mayor competitividad y encaminarse a constituir una organización de excelencia.

### Plataforma de atención al usuario- PAUS y Libro de Reclamaciones

Es una plataforma de escucha al usuario externo, a través de la cual se podrá atender las opiniones, consultas, reclamos, etc. Sobre los diversos servicios que brinda el hospital.

Libro de reclamaciones, aprobado por Decreto Supremo N° 042-2011-PMC, es un mecanismo de escucha al usuario externo que se pone a disposición de ellos para que





registren sus reclamos y al cual se debe dar una respuesta para poder tomar las medidas correctivas y no vuelva a ocurrir situación similar en el futuro.

### **Medición del grado de satisfacción del usuario externo e interno**

La evaluación de la calidad de servicio desde la percepción del Usuario Externo constituye una medida de calidad del servicio a la vez que brinda información importante para acciones de mejora continua de la calidad de atención. dicha evaluación se desarrolla mediante la encuesta SERVQUAL, una herramienta de escala multidimensional para evaluar la calidad del servicio, brindado en las Instituciones.

La evaluación del usuario interno, es un proceso de resultado de atención para que cada uno de los profesionales, técnicos, administrativos y auxiliares, realicen su actividad en un clima laboral óptimo que asegure el ejercicio de su función en forma efectiva y que dignifique aún más su condición de ser humano.

### **Acreditación**

La Acreditación es el proceso de evaluación externa, periódico que se basa en la comparación del desempeño del hospital según el listado de estándares para la acreditación, orientada a promover la mejora continua de la calidad en salud.

Proceso de evaluación interna desarrollado por un grupo de evaluadores Internos del hospital previamente capacitados quienes, aplicando el listado de estándares, el mismo que cuenta con 22 Macroprocesos los mismos que identifican fortalezas y áreas susceptibles de mejora.

### **Seguridad del Paciente**

La Seguridad del Paciente es un concepto clave de la calidad asistencial que incluye un conjunto de actuaciones orientadas a reducir y mitigar los sucesos adversos producidos como consecuencia del proceso de atención a la salud. Es así, que el Ministerio de Salud estableció lineamientos generales para la implementación de planes y estrategias para la Seguridad del Paciente, plasmados en documentos técnicos.

### **Auditoría en Salud**

Es uno de los mecanismos reconocidos para verificar, evaluar y mejorar la calidad de atención en los servicios de salud, constituyéndose así en una herramienta de mejoramiento continuo de procesos, enfatizando que no tiene objetivos punitivos y está orientada principalmente a proteger los derechos de los usuarios de nuestro hospital.

### **Convenio de Gestión**

Establecer la metodología de medición de las metas Institucionales, indicadores de desempeño y compromisos de mejora para la entrega económica al personal de la salud al servicio del estado (Art. 15 del DL.N° 1153).





## 10.2. DIMENSIONES DE LA CALIDAD

1. **DIMENSIÓN TÉCNICO CIENTÍFICA.**- Referida a los aspectos científico-técnicos de la atención, cuyas características básicas son:
  - a. Efectividad, referida al logro de cambios positivos (efectos) en el estado de salud del paciente que acude a nuestra institución.
  - b. Eficacia, referida al logro de los objetivos en la prestación del servicio de salud a través de la aplicación correcta de las normas técnicas y administrativas.
  - c. Eficiencia, uso adecuado de recursos estimados para obtener los resultados esperados
  - d. Continuidad, prestación interrumpida del servicio, sin paralizaciones o repeticiones innecesarias.
  - e. Seguridad, la forma que se prestan los servicios de salud determinada por la estructura y los procesos de atención que buscan optimizar los beneficios y minimizar los riesgos para la salud del usuario externo.
  - f. Integralidad, que el usuario reciba las atenciones de salud que su caso requiere y que se exprese en un interés por la condición de salud del acompañante.
2. **DIMENSIÓN HUMANA.**- refiere en el aspecto interpersonal de la atención, y que a su vez tiene las siguientes características:
  - a. Respeto a los derechos, a la cultura y a las características individuales de la persona (usuario externo).
  - b. Información completa, veraz, oportuna y entendida por el usuario o por quien es responsable de él o ella.
  - c. Interés manifiesto en la persona, en sus percepciones, necesidades y demandas; a lo que asimismo válido para el usuario interno.
  - d. Amabilidad, trato cordial, cálido y empático en la atención.
3. **DIMENSIÓN ENTORNO.**- referida a las facilidades que la institución dispone para la mejor prestación de los servicios y que generan valor agregado para el usuario.
  - a. Implica un nivel básico de comodidad, ambientación, limpieza, orden, privacidad y el elemento de confianza que percibe el usuario por el servicio.

## 10.3. PRINCIPIOS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD

- **Enfoque a Usuario:** como Hospital prestador de servicios de salud, dependemos de los usuarios, por lo tanto, debemos entender sus necesidades presentes y futuras, satisfacer sus demandas y esforzarnos para exceder sus expectativas.
- **Liderazgo:** El cumplimiento de los objetivos de calidad, requiere que la alta dirección conduzca a la mejora continua de nuestra institución.



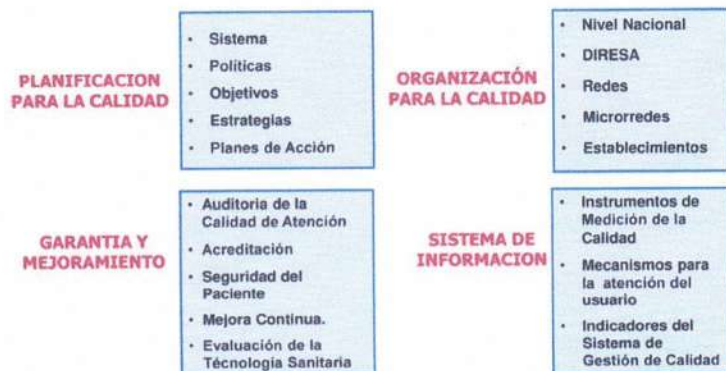
- **Participación del Personal:** los colaboradores de la institución, en todos los niveles es la esencia de la organización, ya que mediante su compromiso posibilita el uso de sus habilidades y conocimientos en beneficio de la calidad.
- **Toma de decisiones basadas en evidencias:** las decisiones eficaces se basan en el análisis de datos y la información (medición de la satisfacción del usuario y tiempos de espera).

### 10.4. COMPONENTES DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD

El sistema de Gestión de la Calidad en Salud, se estructura en función de cuatro componentes:

- **Planificación para la calidad,** permite definir los objetivos y las políticas generales de calidad en nuestra institución, a partir de los cuales se articularan los esfuerzos posteriores de compromiso y participación en el proceso y desarrollo de la implementación del sistema de Gestión de la Calidad en Salud.
- **Organización para la Calidad,** es el diseño organizacional (equipos de trabajo, comités) que permite llevar a cabo las funciones de calidad en nuestra institución.
- **Garantía y mejora de la calidad,** conjunto de acciones que se llevan a cabo para regular y evaluar el desempeño de un servicio brindado en forma continua y cíclica, de tal manera que la atención prestada sea más efectiva, eficaz y segura posible orientada en la satisfacción del usuario.
- **Información para la calidad,** conjunto de estrategias, metodologías, instrumentos y procedimientos que permitan contar con evidencias de manera permanente y organizada de la calidad de atención y niveles de satisfacción de los usuarios.

#### COMPONENTES DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD







## 10.5. POLITICA NACIONAL DE CALIDAD

1. **PRIMERA POLITICA: GARANTIZA EL DERECHO A LA CALIDAD DE ATENCIÓN:** La Autoridad Sanitaria es garante del derecho a la calidad de la atención de salud brindada por las organizaciones proveedoras de atención de salud, públicas, privadas y mixtas; mediante:
  - (a) la formulación y aprobación de la política nacional de calidad, los objetivos, estrategias, normas y estándares para su implementación, control y evaluación.
  - (b) la verificación de su cumplimiento por las organizaciones proveedoras de 21 atención de salud.

Objetivo: Fortalecer la rectoría de la Autoridad Sanitaria en el campo de la calidad de la atención, en el ámbito nacional.
2. **INFORMA Y RINDE CUENTAS:** La Autoridad Sanitaria, en su respectivo nivel, es responsable de informar y rendir cuentas a la ciudadanía sobre la calidad de la atención y promover la vigilancia social de la misma.

Objetivo: Informar y difundir en el ámbito institucional y social el nivel de la calidad de la atención de salud.
3. **FOMENTA Y DIFUNDE BUENAS PRÁCTICAS:** La Autoridad Sanitaria, en su nivel correspondiente, fomenta y difunde las buenas prácticas de atención de la salud y establece incentivos a las organizaciones proveedoras de atención de salud que logren mejoras en la calidad de la atención.

Objetivo: Establecer y difundir la cultura de la calidad, orientada al desarrollo de buenas prácticas en la atención de salud en las organizaciones proveedoras.
4. **PROMUEVE PRODUCCIÓN DEL CONOCIMIENTO CIENTIFICO EN CALIDAD:** La Autoridad Sanitaria, en su nivel correspondiente, promueve la producción y difusión del conocimiento científico, así como, de la producción tecnológica en el campo de la calidad de la atención.

Objetivo: Ampliar y fortalecer los conocimientos y tecnologías nacionales en el campo de la calidad de la atención.
5. **ASIGNA RECURSOS PARA SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE APLICACIÓN DE LA POLITICA:** La Autoridad Sanitaria, en su nivel correspondiente, asigna los recursos para el seguimiento y la evaluación del cumplimiento de las políticas nacionales de calidad, que son implementadas por las organizaciones proveedoras de atención de salud.

Objetivo: Asegurar el cumplimiento de las políticas nacionales de calidad.
6. **IMPLEMENTA PLITICAS DE CALIDAD:** Las organizaciones proveedoras de atención de salud, establecen y dirigen las estrategias de implementación de la política nacional de calidad, mediante sistemas y procesos organizacionales orientados al desarrollo de una cultura centrada en las personas y que hace de la mejora continua su tarea central.

Objetivo: Garantizar la adecuada implementación de las políticas nacionales de calidad.





7. **CUMPLE NORMAS Y ESTANDARES DE CALIDAD:** Las organizaciones proveedoras de atención de salud asumen como responsabilidad que los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo bajo su administración cumplan las normas y estándares de infraestructura, de equipamiento, de aprovisionamiento de insumos, de procesos y resultados de la atención; aprobados por la Autoridad Sanitaria e implementen acciones de mejora de la calidad de la atención.

Objetivo: Mejorar la calidad de la atención de salud de manera sistemática y permanente.

8. **GESTIONA RIESGOS DE LA ATENCIÓN:** Las organizaciones proveedoras de atención de salud asumen como responsabilidad que los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo bajo su administración, implementen mecanismos para la gestión de riesgos derivados de la atención de salud.

Objetivo: Reducir la ocurrencia de eventos adversos durante el proceso de atención de salud y atenuar sus efectos.

9. **PROTEGEN DERECHOS DE LOS USUARIOS Y TRATO DIGNO:** Las organizaciones proveedoras de atención de salud asumen como responsabilidad que los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo bajo su administración, protejan los derechos de los usuarios, promuevan y velen por un trato digno, asimismo, fomenten prácticas de atención adecuadas a los enfoques de interculturalidad y género y brinden las facilidades para el ejercicio de la vigilancia ciudadana de la atención de salud.

Objetivo: Garantizar el pleno ejercicio del derecho a la salud de los usuarios con enfoque de interculturalidad y género.

10. **GARANTIZA COMPETENCIAS Y PROTEGE AL TRABAJADOR DE LOS RIESGOS LABORALES:** Las organizaciones proveedoras de atención de salud asumen como responsabilidad que los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo bajo su administración, garanticen las competencias laborales de los trabajadores que proveen la atención, brinden adecuadas condiciones de trabajo y protección frente a los riesgos laborales e incentiven a sus trabajadores en relación a la mejora de la calidad de la atención.

Objetivo: Garantizar la competencia, seguridad y motivación del personal de salud.

11. **ASIGNA RECURSOS PARA LA GESTIÓN DE LA CALIDAD:** Las organizaciones proveedoras de atención de salud asignan a los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo bajo su administración, los recursos necesarios para la gestión de la calidad de la atención de salud.

Objetivo: Asegurar los recursos necesarios para la gestión de la calidad de la atención en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo.

12. **EJERCE Y VIGILA ATENCIÓN CON CALIDAD:** Los ciudadanos, ejercen y vigilan el respeto a su derecho a la atención de salud con calidad y se corresponsabilizan del cuidado de su salud, la de su familia y la comunidad, contando para ello con el apoyo de la Autoridad Sanitaria.



Objetivo: Garantizar la participación ciudadana en la vigilancia de la calidad de la atención de salud.

### Política Nacional de Calidad



### XI. ACCIONES PRIORITARIAS

- Formular e implementar proyectos de mejora continua de la calidad.
- Continuar desarrollando el proceso de autoevaluación, en el marco de la acreditación.
- Promover y fortalecer el sistema de registro, notificación y análisis de la ocurrencia de eventos adversos.
- Ejecutar las rondas de seguridad del paciente en los diferentes servicios asistenciales del Hospital.
- Realizar la auditoria de la Calidad de atención en salud para fortalecer la calidad del servicio.
- Determinar el nivel de satisfacción del usuario externo para impulsar el desarrollo de proyectos de mejora continua de la calidad.
- Monitorear e implementar mejoras en base a las sugerencias registradas a través de los módulos de escucha al usuario (Plataforma de Atención al Usuario, Buzón de sugerencias y Libro de Reclamaciones).
- Promover los Deberes y Derechos del usuario y buen trato hacia el paciente.
- Implementar el uso de protocolos de Atención, Guías de Práctica Clínica, Manuales de Procedimientos para mejorar la Calidad de Atención.



## XII. DESARROLLO DE ACTIVIDADES

### 12.1. MEJORA CONTINUA:

- Elaborar el Plan de Mejora Continua de la Calidad.
- Monitoreo, supervisión y evaluación de Indicadores de Desempeño y compromisos de mejora (Bono de metas)
- Reuniones de trabajo para la implementación de acciones de mejora
- Determinar acciones de mejora y monitoreo de cumplimiento
- Reunión de socialización del convenio de gestión 2024
- Emitir actos resolutiveos de los diferentes comités y equipos para la mejora de la calidad de atención en salud a la Dirección Regional de Salud en los plazos establecidos.
- Monitoreo y seguimiento de las fichas técnicas del Convenio de Gestión 2023, junto a cada uno de los Responsables de los Indicadores de Desempeño y Compromisos de Mejora.
- Formular y Ejecutar Proyectos de mejora continua de la Calidad.

### 12.2. PLATAFORMA DE ATENCIÓN AL USUARIO Y LIBRO DE RECLAMACIONES

- Elaborar el plan de trabajo de la Plataforma de atención al usuario y libro de reclamaciones.
- Conformar el comité de relaciones con el usuario externo.
- Fortalecer la continuidad de los módulos de escucha al usuario externo.
- Atender el libro de reclamaciones
- Elaborar informes periódicos del libro de reclamaciones.
- Elaborar el informe final de la plataforma de atención al usuario.
- Elaboración de Plan de Trabajo de encuesta SERVQUAL
- Ejecución de la encuesta de satisfacción al Usuario.
- Emitir el informe final con los resultados, conclusiones y recomendaciones de la encuesta SERVQUAL.

### 12.3. ACREDITACIÓN:

- Elaboración del Plan de acreditación 2024.
- Reconformar el equipo de acreditación y emitir el acto resolutiveo de aprobación.
- Conformar el equipo de evaluadores Internos por la Oficina de Gestión de la calidad, el mismo que debe ser aprobado con Resolución Directoral.
- Realizar reuniones de coordinación con los diferentes Departamentos, Unidades. Oficinas y servicios a fin de socializar las observaciones en el proceso de autoevaluación anterior.
- Programar capacitaciones a los equipos de autoevaluación y Acreditación
- Elaboración y aprobación del Plan de Autoevaluación para la acreditación
- Reunión de apertura con el propósito de generar un espacio de coordinación de la alta dirección, los jefes y/o responsables de servicios, oficinas y departamentos.
- Ejecutar el plan de autoevaluación que comprende la realización de la evaluación interna de acuerdo a las acciones planificadas en los términos previstos en el plan, a cargo de los evaluadores internos y los evaluados designados, quienes deben interactuar.
- Realizar la reunión de cierre para presentar los resultados obtenidos en la autoevaluación y presentar las recomendaciones mayores.



- Elaboración del informe de autoevaluación será remitido a Diresa-PIURA y a la Unidad Funcional de Gestión de la Calidad del MINSa.
- Realizar Seguimiento e Implementación De Las Recomendaciones.

#### **12.4. SEGURIDAD DEL PACIENTE:**

- Elaborar el Plan de Seguridad del Paciente y gestión del riesgo en salud.
- Conformación del Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente del año 2024.
- Programación de Rondas de Seguridad del Paciente en las diferentes UPSS, a través de un Cronograma Anual.
- Elaborar informes semestrales de la aplicación de Rondas de Seguridad del Paciente - 12 Rondas (una por mes).
- Socializar informes semestrales a las jefaturas de departamentos y/o servicios, correspondientes a la aplicación de Rondas de Seguridad del Pacientes
- Realizar Rondas hospitalarias a que se cumplan las acciones de mejora.
- Programación para capacitación de Seguridad del Paciente (Rondas de Seguridad y Sistema de registro, notificación y análisis de incidentes, eventos adversos y eventos centinela) por departamentos y/ servicios.

#### **12.5. COMITÉ DE AUDITORIA DE MEJORA DE LA CALIDAD EN SALUD:**

- Conformar el comité de auditoría de la Calidad en Salud.
- Elaborar el Plan de Trabajo de auditoria de la Calidad en Salud.
- Ejecutar acciones de auditoria Internas a fin de evaluar la atención de Salud brindada a los Usuarios desde la perspectiva de la Calidad.
- Realizar seguimiento e implementación de recomendaciones.

#### **12.6. COMITÉ DE AUDITORIA MEDICA EN SALUD:**

- Elaborar el Plan de Trabajo de Auditoria Medica de Calidad.
- Promover el perfeccionamiento de Nivel de la atención Médica, constituyendo un valioso instrumento para la educación continua, basada en el mecanismo de la autocrítica e integrando a toda la institución comprometida en la atención brindada.
- Determinar la calidad de la atención médica en los servicios que presta la institución.
- Estimar el grado de coordinación alcanzada, entre los diferentes servicios que actúan en forma conjunta, para atender al paciente.
- Disminuir los índices de ocupación, intervalo de sustitución al valorar el número y tipo de pacientes que permanecen hospitalizados un tiempo mayor del necesario y que podrán tratarse como externos. Este objetivo se aplica a Hospitalización en el análisis de las historias clínicas solicitadas.
- Coordinar, interpretar y promover las relaciones de trabajo de los médicos entre sí, con las autoridades y los usuarios.
- Examinar los datos obtenidos a efectos de identificar índices de rendimiento en las áreas de atención médica para posteriormente corregir sus desviaciones.
- Proporcionar al médico, un instrumento de auto-evaluación de su experiencia clínica, para contribuir en la superación profesional del mismo.

**XIII. PRESUPUESTO:**

Los recursos presupuestales que se requieran para la ejecución del presente plan será con cargo de la disponibilidad presupuestal de Acciones Administrativas del Hospital de Apoyo II-2 Sullana.

**XIV. RESPONSABILIDADES:****14.1. OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD**

- Dirigirá el monitoreo, seguimiento y evaluación del presente Plan de Trabajo.
- Desarrollará la asistencia técnica en el marco de su competencia.
- Fomentar la colaboración y comunicación entre los órganos y unidades orgánicas e incentivar la validación e implementación de metodologías de mejoramiento continuo de la atención en salud y gestión, que tengan como finalidad establecer practicas humanizadas, seguras, coordinadas y transparentes.
- Apoyar, difundir y promover las prácticas de gestión exitosas expuestas a través de los proyectos y/o acciones de mejora continua.

**14.2. DEPARTAMENTOS, UNIDADES, AREAS, OFICINAS Y SERVICIOS**

- Adoptar y colaborar con la implementación del presente Plan.
- Socializar el presente Plan.
- Fomentar la cultura de la mejora continua en sus servicios.



PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital De Apoyo II-2 Sullana

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

### XV. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES/TAREAS	UNIDAD DE MEDIDA	META	CRONOGRAMA												
			E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	
<b>ACTIVIDAD 1: Elaboración del Plan de Gestión de la Calidad (RM N°519-2006/MINSA)</b>															
TAREA N°1: Conformación de Equipo Técnico de Gestión de la Calidad en Salud.	Documento de Conformación de equipo.	1				X									
TAREA N°2: Elaboración del Plan de Gestión de la Calidad en Salud.	Plan elaborado	1				X									
TAREA N°3: Aprobar el Plan de Gestión de la Calidad en Salud.	Documento de aprobación remitido a DIRESA	1				X									
TAREA N°4: Evaluación del Plan de Gestión de la Calidad.	Informe	1													X
<b>ACTIVIDAD 2: Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía ( RM N°1021-2010/MINSA)</b>															
TAREA N°1: Conformación del Equipo Conductor de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.	Documento de Conformación de equipo.	1									X				
TAREA N°2: Designar a coordinador (a) de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.	Documento de designación.	1									X				
TAREA N°3: Aprobar el Plan de Trabajo del Equipo Conductor de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.	Plan elaborado	1									X				
TAREA N°4: Monitoreo de la implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía	Informe trimestral remitido a DIRESA	4									X				X
TAREA N°5: Consolidado trimestral de la Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.	Informe Semestral remitido a DIRESA	2										X			X
<b>ACTIVIDAD 3: Implementación del Registro, Notificación y Análisis de la ocurrencia de incidentes o Eventos Adversos en Salud (DS N°013-2006/SA - RM N°727-2009/MINSA)</b>															
TAREA N°1: Conformación de Equipo de Seguridad del paciente	Documento de conformación de equipo.	1												X	





TAREA	Plan elaborado	1	X													
<b>TAREA N°2:</b> Elaboración y Aprobación de Plan de Seguridad del Paciente.	Plan elaborado	1	X													
<b>TAREA N°3:</b> Monitoreo de la implementación del Registro, Notificación y Análisis de la ocurrencia de Incidentes o Eventos Adversos en Salud.	Informe mensual	10		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
<b>TAREA N°4:</b> Consolidado trimestral de la Implementación del registro de notificación y análisis de ocurrencia de Eventos adversos.	Informe remitido a DIRESA	4		X												X
<b>ACTIVIDAD 4: Implementación de la Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud.</b>																
<b>TAREA N°1:</b> Conformación de los comités de auditoría en Salud y Comité de Auditoría Médica.	Documento de conformación de Comités.	1		X												
<b>TAREA N°2:</b> Elaboración y Aprobación de Plan de Auditoría de la Calidad de la Atención de salud.	Plan elaborado	1		X												
<b>TAREA N°3:</b> Monitoreo de la Implementación de la Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud.	Informe trimestral remitido a DIRESA.	4		X							X				X	X
<b>ACTIVIDAD 5: Implementación de proyectos y/o acciones de mejora en base a la problemática identificada referente a las líneas de Gestión de la Calidad en Salud y las prioridades sanitarias regionales (RM N°095-2012/MINSA).</b>																
<b>TAREA N°1:</b> Conformación Oficial de equipo(s) de mejora continua de la calidad.	Documento de conformación de equipo.	1		X												
<b>TAREA N°2:</b> Identificación de acciones de mejora según problemática identificada en relación a las líneas de acción del Sistema de Gestión de Calidad en Salud.	Informe	4		X				X		X				X		
<b>TAREA N°3:</b> Monitoreo de la Implementación de proyectos de mejora y/o acciones de mejora según problemática identificada.	Informe trimestral remitido a DIRESA	4		X				X		X				X		X
<b>TAREA N°4:</b> Consolidado de proyectos/o acciones de mejora que han mostrado resultados positivos.	Informes semestral remitido a DIRESA	2									X			X		X
<b>ACTIVIDAD 6: Implementación del proceso de higiene de manos (RM N°255-2016/MINSA)</b>																
<b>TAREA N°1:</b> Conformación del Comité para implementar la NT de lavado de manos (Involucrar al responsable de epidemiología, saneamiento)	Documento de Conformación de equipo.	1								X						









Ministerio de Salud

Hospital De Apoyo II-2 Sullana

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

<b>TAREA N°1:</b> Conformación de equipo de trabajo para la medición de la satisfacción de usuario externo.	Documento de conformación de equipo.	1							X										
<b>TAREA N°2:</b> Elaboración y aprobación de plan para la evaluación de satisfacción de usuario externo.	Plan elaborado	1							X										
<b>TAREA N°3:</b> Evaluación de la medición de la satisfacción de los usuarios externos en consulta externa.	Reporte	1											X						
<b>TAREA N°4:</b> Informe técnico con resultados del aplicativo	Informe remitido a DIRESA	1																	X





PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital De Apoyo II-2 Sullana

"AÑO DE LA UNIDAD, LA PAZ Y EL DESARROLLO"  
INFORME FINAL DEL PROCESO DE AUTOEVALUACIÓN 2023

## XVI. ANEXOS



# Decreto Supremo

N° 036 -2023-SA

DECRETO SUPREMO QUE DEFINE LOS INDICADORES DE DESEMPEÑO, COMPROMISOS DE MEJORA DE LOS SERVICIOS A CUMPLIR EN EL AÑO 2024 Y LOS CRITERIOS TECNICOS PARA SU APLICACIÓN E IMPLEMENTACION, PARA PERCIBIR LA ENTREGA ECONOMICA ANUAL A LA QUE HACE REFERENCIA EL ARTICULO 15 DEL DECRETO LEGISLATIVO N° 1153, DECRETO LEGISLATIVO QUE REGULA LA POLÍTICA INTEGRAL DE COMPENSACIONES Y ENTREGAS ECONÓMICAS DEL PERSONAL DE LA SALUD AL SERVICIO DEL ESTADO

LA PRESIDENTA DE LA REPÚBLICA

CONSIDERANDO:

Que, el Decreto Legislativo N° 1153, que regula la Política Integral de Compensaciones y Entregas Económicas del Personal de la Salud al Servicio del Estado, tiene la finalidad que el Estado alcance mayores niveles de eficacia, eficiencia, y preste efectivamente servicios de calidad en materia de salud al ciudadano, a través de una política integral de compensaciones y entregas económicas que promueva el desarrollo de su personal;

Que, el artículo 15 del mencionado Decreto Legislativo, dispone que la asignación por cumplimiento de metas institucionales, indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios, es la entrega económica que se otorga una vez al año, al personal de los establecimientos de salud, redes y microrredes del Ministerio de Salud, sus organismos públicos y Gobiernos Regionales, por el cumplimiento de las metas institucionales, indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios; asimismo, dispone que dichas metas, indicadores y compromisos deben redactarse en términos simples, para su adecuada comprensión, y deben ser cuantificables, a efectos de su evaluación y fiscalización; y que su publicación y difusión debe efectuarse a más tardar el 31 de diciembre del año anterior al ejercicio presupuestal al que corresponden;

Que, el numeral 44.6 del artículo 44 de la Ley N° 31953, Ley de Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2024, dispone que para la asignación por cumplimiento de las metas institucionales, indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios alcanzados en el Año Fiscal 2024 en el marco de lo dispuesto en el artículo 15 del Decreto Legislativo N° 1153, cuyo pago se realiza en el Año Fiscal 2025, el



JAB



Ministerio de Salud aprueba, mediante decreto supremo refrendado por el Ministro de Economía y Finanzas y el Ministro de Salud, a propuesta de este último, los criterios técnicos correspondientes para la definición de las metas, indicadores de desempeño a nivel de resultado, producto, insumo o proceso de programas presupuestales asociadas a dichos pagos, así como los scripts para replicar y contrastar los indicadores de desempeño que se aprueban mediante el referido decreto supremo. Asimismo, se dispone que el citado dispositivo legal se publica en concordancia con los plazos de publicación establecidos en el artículo 15 del Decreto Legislativo N° 1153;



Que, en este contexto, y como parte del fortalecimiento del Sector Salud, debe aprobarse para el año 2024 los indicadores de desempeño, scripts, compromisos de mejora de los servicios, así como los criterios técnicos a cumplir en el año 2024, para percibir la entrega económica anual a la que hace referencia el artículo 15 del Decreto Legislativo



N° 1153, para incentivar y garantizar la continuidad, oportunidad y calidad de los servicios en beneficio de la población;

De conformidad con lo establecido en el artículo 15 del Decreto Legislativo N° 1153, Decreto Legislativo que regula la Política Integral de Compensaciones y Entregas Económicas del Personal de la Salud al Servicio del Estado, y el numeral 44.6 del artículo 44 de la Ley N° 31953, Ley de Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2024;



**DECRETA:**

**Artículo 1.- Objeto**



El presente Decreto Supremo tiene como objeto definir los indicadores de desempeño y compromisos de mejora a cumplir en el año 2024, así como los criterios técnicos para su aplicación e implementación, para percibir la entrega económica anual a la que hace referencia el artículo 15 del Decreto Legislativo N° 1153, Decreto Legislativo que regula la Política Integral de Compensaciones y Entregas Económicas del Personal de la Salud al Servicio del Estado.



**Artículo 2.- Alcance**



Se encuentran comprendidos en el presente Decreto Supremo, el Ministerio de Salud y sus órganos desconcentrados, el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, los Gobiernos Regionales y sus Direcciones Regionales de Salud o Gerencias Regionales de Salud, así como los órganos dependientes de las mismas. El personal de la salud que puede ser beneficiario de la asignación económica anual por cumplimiento de metas se encuentra definido en el Decreto Supremo N° 116-2014-EF, Decreto Supremo que aprueba los criterios técnicos, aplicación e implementación de la asignación por cumplimiento de las metas institucionales, indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios en el marco del artículo 15 del Decreto Legislativo N° 1153.



*[Handwritten signature]*



## Decreto Supremo

### Artículo 3.- Definiciones

3.1. **Ámbito de aplicación:** Corresponde al ámbito en el cual se implementa y evalúa el cumplimiento de los indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios, en las siguientes instituciones: Dirección Regional de Salud, Gerencia Regional de Salud, Red, Establecimientos de Salud del I nivel de atención, Centro Mental Comunitario, Direcciones de Redes Integradas de Salud, Hospitales e Institutos Especializados de las entidades comprendidas en el artículo 2 del presente Decreto Supremo.

3.2. **Asignación económica anual por cumplimiento de metas:** Entrega económica que se otorga una vez al año al personal de la salud de las entidades bajo el alcance del artículo 15 del Decreto Legislativo N° 1153, en caso se cumpla con las condiciones establecidas para el otorgamiento de esta asignación.

3.3. **Área responsable de información:** Direcciones y Oficinas Generales del Ministerio de Salud, y organismos públicos adscritos al Ministerio de Salud, encargados de generar y reportar la información necesaria para el monitoreo y la evaluación del cumplimiento de los indicadores de desempeño y los compromisos de mejora de los servicios.

3.4. **Área técnica responsable:** Direcciones y Oficinas Generales del Ministerio de Salud, encargadas de definir los aspectos técnicos y metodológicos, y brindar asistencia técnica relacionada a los indicadores de desempeño y los compromisos de mejora de los servicios.

3.5. **Bases de datos:** Es el conjunto de una serie de datos organizados, agrupados, estructurados y relacionados entre sí, los cuales son recolectados y explotados, para un determinado fin. Este conjunto de datos no debe permitir la identificación o hacer identificable a las personas, en estricto cumplimiento de la Ley N° 29733, Ley de Protección de Datos Personales, y el derecho fundamental a la intimidad personal y familiar.

3.6. **Compromiso de mejora de los servicios:** Conjunto de acciones cuyo cumplimiento facilita la prestación de servicios de salud por parte del personal de salud y/o la gestión de la institución.

3.7. **Indicador de desempeño:** Es el instrumento a través del cual se mide el rendimiento del personal en base al resultado esperado para el área o servicio, y que





permitirá ser referencia en cada gestión institucional a la contribución individual, desempeño o competencia del trabajador.

**3.8. Logro esperado:** Situación que se espera alcanzar en los indicadores de desempeño o compromisos de mejora de los servicios, al término del periodo de vigencia del convenio de gestión.



**3.9. Logro alcanzado:** Situación alcanzada en los indicadores de desempeño o compromisos de mejora de los servicios, al término del periodo de vigencia del convenio de gestión.



**3.10. Órgano desconcentrado:** Direcciones de Redes Integradas de Salud, los Hospitales e Institutos Especializados de Lima Metropolitana.

**3.11. Peso ponderado:** Valor que se le asigna a los indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios de acuerdo a su relevancia. La suma de los pesos ponderados para una determinada institución es igual al cien por ciento (100%).



**3.12. Porcentaje de cumplimiento anual de los indicadores de desempeño:** Resultado de la división de la diferencia entre el logro alcanzado y el valor umbral, y la diferencia entre el logro esperado y el valor umbral, expresado como porcentaje.

Si el logro alcanzado es mayor que el logro esperado, el valor es cien por ciento (100%). Si el logro alcanzado es inferior al valor umbral, el valor es cero por ciento (0%).

Para algunos indicadores se realizan cálculos más específicos que se describen en la ficha técnica de cada indicador.



**3.13. Porcentaje global de cumplimiento:** Resultado de la sumatoria de los porcentajes de cumplimiento anual de cada indicador de desempeño y compromisos de mejora de los servicios, multiplicados por sus respectivos pesos ponderados; dividido entre cien por ciento (100%). Se calcula a nivel de cada una de las instituciones.



**3.14. Scripts:** Es el documento que contiene instrucciones escritas en códigos de programación informática, para describir, contrastar y replicar los valores de cada indicador propuesto. Este documento no contiene datos que permitan la identificación o que haga identificable a las personas, en estricto cumplimiento de la Ley N° 29733, Ley de Protección de Datos Personales, y el derecho fundamental a la intimidad personal y familiar.



**3.15. Valor Umbral:** Situación a partir de la cual se evalúa positivamente un indicador de desempeño. No aplica para compromisos de mejora de los servicios.



**Artículo 4.- Indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios**

*Jfb*



## Decreto Supremo



4.1 Los indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios correspondientes al año 2024 para la entrega económica al personal de la salud al servicio del Estado, en el marco de lo dispuesto en el artículo 15 del Decreto Legislativo N° 1153, están contenidos en el Anexo I: Fichas Técnicas de los indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios del presente Decreto Supremo.



4.2 Los scripts de los indicadores de desempeño están contenidos en el Anexo II: Script de Indicadores de Desempeño (ID).



4.3 Durante el Año Fiscal 2024, con una periodicidad trimestral, el Ministerio de Salud pondrá a disposición del Ministerio de Economía y Finanzas las bases de datos para la verificación del avance del cumplimiento de los logros esperados, de acuerdo a los scripts aprobados en el numeral anterior.



4.4 El nivel de medición, ámbito de aplicación y rangos de los pesos ponderados de los indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios se encuentran contenidos en el Anexo III: Criterios Técnicos: Nivel de medición, ámbito de aplicación y rangos de los pesos ponderados de los indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios del presente Decreto Supremo.



4.5 Los logros esperados de los indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios están contenidos en cada ficha técnica, las mismas que se encuentran contenidas en el Anexo I del presente decreto supremo.



4.6 El Ministerio de Salud, mediante resolución ministerial, en un plazo de hasta sesenta (60) días calendario contados desde la vigencia del presente Decreto Supremo, establece los procesos y procedimientos para la suscripción de los convenios de gestión, seguimiento y evaluación del cumplimiento de los mismos.



### Artículo 5.- Suscripción de Convenios de Gestión

Se suscriben Convenios de Gestión entre el Titular del Ministerio de Salud con los Gobernadores de los Gobiernos Regionales, los Directores Generales de las Direcciones de Redes Integradas de Salud, Hospitales e Institutos, y el Jefe del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Por medio de estos convenios, se obligan al cumplimiento de los indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios para el año 2024.



**Artículo 6.- Responsabilidades**

El cumplimiento de lo establecido en el presente Decreto Supremo se encuentra a cargo del Ministerio de Salud, sus órganos desconcentrados, el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, los Gobiernos Regionales y sus Direcciones Regionales de Salud o Gerencias Regionales de Salud, así como los órganos dependientes de las mismas.



**Artículo 7.- Seguimiento y Evaluación**

La Dirección General de Operaciones en Salud (DGOS) a través de la Dirección de Monitoreo y Evaluación de la Gestión en Salud (DIMON), en coordinación con las áreas técnicas responsables del Ministerio de Salud y de sus organismos públicos adscritos, realizarán el seguimiento de la aplicación, implementación y evaluación de lo establecido en el presente Decreto Supremo.



**Artículo 8.- Listado final de beneficiarios y asistencia técnica**

El Ministerio de Salud, a través de la Dirección General de Personal de la Salud, revisa e implementa los procesos para que las instituciones definan el listado final de los beneficiarios de la entrega económica a la que hace referencia el artículo 15 del Decreto Legislativo N° 1153, asimismo brinda asistencia técnica a las instituciones en el marco de su competencia.



El Ministerio de Salud, a través de la Oficina General de Planeamiento, Presupuesto y Modernización, brinda asistencia técnica para la adecuada incorporación de recursos presupuestales para el pago de la entrega económica a la que hace referencia el artículo 15 del Decreto Legislativo N° 1153.



**Artículo 9.- Publicación**

Los Anexos I, II y III del presente Decreto Supremo se publican en las sedes digitales del Ministerio de Salud ([www.gob.pe/minsa](http://www.gob.pe/minsa)) y del Ministerio de Economía y Finanzas ([www.gob.pe/mef](http://www.gob.pe/mef)), en la misma fecha de publicación de la presente norma en el Diario Oficial El Peruano.



**Artículo 10.- Refrendo**

El presente Decreto Supremo es refrendado por el Ministro de Salud y el Ministro de Economía y Finanzas.



**DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS FINALES**

**Primera.- Precisión del Decreto Supremo N° 005-2014-SA**

Precisar que toda referencia al Decreto Supremo N° 005-2014-SA señalada en el Decreto Supremo N° 116-2014-EF, Decreto Supremo que aprueba los criterios técnicos,







## Decreto Supremo

aplicación e implementación de la asignación por cumplimiento de las metas institucionales, indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios en el marco del artículo 15 del Decreto Legislativo N° 1153, debe entenderse referida al presente Decreto Supremo.

### Segunda.- Actualización del Script

La actualización del script de los indicadores de desempeño es aprobada mediante resolución ministerial del Ministerio de Salud previa opinión del Ministerio de Economía y Finanzas.

### DISPOSICIÓN COMPLEMENTARIA DEROGATORIA

#### Única.- Derogación del Decreto Supremo N° 021-2022-SA

Al término de la evaluación de los convenios de gestión correspondientes al año 2023, entre el Ministerio de Salud y las instituciones contrapartes de los mismos, y una vez ejecutada la entrega económica anual en aplicación del artículo 15 del Decreto Legislativo N° 1153, queda derogado el Decreto Supremo N° 021-2022-SA, Decreto Supremo que define los indicadores de desempeño, compromisos de mejora de los servicios a cumplir en el año 2023 y los criterios técnicos para su aplicación e implementación, para percibir la entrega económica anual a la que hace referencia el artículo 15 del Decreto Legislativo N° 1153, Decreto Legislativo que regula la Política Integral de Compensaciones y Entregas Económicas del Personal de la Salud al Servicio del Estado.

Dado en la Casa de Gobierno en Lima, a los treinta días del mes de diciembre del año dos mil veintitrés.

DINA EROLDI BOLIUARTE ZEGARRA  
Presidenta de la República

CÉSAR HENRY VÁSQUEZ SÁNCHEZ  
Ministro de Salud



ALEX ALONSO CONTRERAS MIRANDA  
Ministro de Economía y Finanzas



PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital De Apoyo II-2 Sullana

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



PERÚ

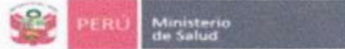
Ministerio de Salud

## Ficha N°7: Recién nacidos de parto institucional, vacunados con BCG y Anti hepatitis B, dentro de las 24 horas después del nacimiento.

Nombre	Porcentaje de recién nacidos de parto institucional, vacunados con BCG y Anti hepatitis B dentro de las 24 horas después del nacimiento.
Tipo	Indicador de Desempeño
Ámbito de evaluación	Hospitales del II y III nivel (con y sin población asignada que atienden partos) e Instituto (incluye el Instituto Materno Perinatal)
Definición	El indicador determina el porcentaje de niños y niñas recién nacidos de parto institucional que reciben una dosis de vacuna BCG y anti hepatitis B dentro de las 24 horas después del nacimiento (antes del alta).
Justificación	<p>El logro del mayor porcentaje de recién nacidos vacunados con BCG y HVB, dentro de las 24 horas de nacido en un hospital, requiere que los directivos, equipos de gestión y operativos organicen y articulen el trabajo de una serie de unidades orgánicas y funcionales; entre otros, de los responsables del registro de información en el Sistema de Certificado del Nacido Vivo (CNV), de los responsables del procesamiento y elaboración de los reportes estadísticos y responsable del servicios de inmunizaciones, cadena de frío, alojamiento conjunto y neonatología; así como de los servicios de soporte administrativo; por lo tanto el indicador permite evaluar el desempeño del personal en su conjunto y por ende de la institución, en el logro de los resultados a favor de la población, en el marco del PPO 1001: Productos Específicos para Desarrollo Infantil Temprano.</p> <p>La vacuna BCG se administra con el objetivo de proteger al niño contra las formas clínicas graves de la tuberculosis infantil, meningitis tuberculosa y diseminada; la vacuna contra hepatitis B, para reducir la transmisión perinatal de la Hepatitis B; y es más efectiva si se aplica dentro de las 24 horas. La vacunación está regulada por la Norma Técnica de Salud que establece el Esquema Nacional de Vacunación, vigente.</p>
Fórmula del indicador	$\frac{\text{Niñas/niños del denominador, que recibieron 1 dosis de la vacuna BCG y HVB registrados en HIS con código CPMS: 90585 y CPMS: 90744 respectivamente, dentro de las 24 horas después del nacimiento.}}{\text{Niñas/niños nacidos en Hospital o Instituto en el periodo de evaluación, que se encuentren registrados en el CNV en línea, excluyendo los niños nacidos con menos de 1500 gr., y/o patológicos que por razones médicas no puedan recibir la vacuna BCG y/o vacuna anti hepatitis B}} \times 100$
Construcción del indicador	<p><b>Numerador</b>  <b>Sintaxis:</b> Suma de niños / niñas nacidas en Hospital o Instituto, registrados en el HIS con DNI o CNV, que forman parte del denominador y que recibieron 1 dosis de la vacuna BCG (CPMS: 90585) y 1 de HVB (CPMS: 90744) antes del alta (dentro de las 24 horas después del nacimiento).  <b>Denominador</b>  <b>Sintaxis:</b> suma de niños / niñas nacidas en Hospital o Instituto, registrados en el CNV en Línea en el periodo de evaluación, excluyendo los niños / niñas nacidas con menos de 1,500 gr., y/o patológicos que por razones médicas no puedan recibir la vacuna BCG y/o vacuna anti hepatitis B</p>
Valor Umbral	85%
Logro esperado	>=95%
Cálculo del porcentaje de cumplimiento	$\frac{(\text{Logro alcanzado} - \text{Valor umbral})}{(\text{Logro esperado} - \text{Valor umbral})} \times 100$
Frecuencia de medición para evaluación	Anual
Fuente de datos	Numerador: HIS-MINSA. Denominador: CNV en línea
Área responsable técnica	Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública (DGIESP), a través de la Dirección de Inmunizaciones (DMUNI)
Área responsable de Información	Oficina General de Tecnología de la Información
NOTAS	1. El periodo de evaluación comprende desde el primer al último día del periodo evaluado (1 de enero al 31 diciembre 2024)



Finalizado digitalmente por QUIMICZ  
 N°1575 Luis Napierstein FAU  
 20231373237 Perú  
 Móvil: 987 91 21  
 Fecha: 12-12-2023 16:28:12 -05:00



	<p>2. Para la exclusión de los recién nacidos que por razones clínicas o quirúrgicas diferentes al bajo peso, no reciben vacuna BCG y anti hepatitis B antes del alta, los Hospitales e Institutos evaluados, presentaran el listado nominal de los niños y niñas afectados incluyendo variables definidas por la OGTI, con el debido sustento, la misma que contarán con la opinión favorable del área técnica, en coordinación con OGTI.</p> <p>3. La actualización de la ficha técnica durante la vigencia del dispositivo que lo aprueba, corresponde al MINSA, la misma que se puede dar por modificaciones normativas o situaciones de emergencia.</p>
--	--



Firmado digitalmente por GUSTOZ  
AYLES Luis Napoleón FAY  
201313752237 INAF  
Motivo: Cero (0) B"  
Fecha: 12/12/2023 19:36:28 -05:00



Ficha N°10: Terapia Preventiva para Tuberculosis en personas viviendo con VIH que inician Tratamiento Antirretroviral (TAR)

<b>Nombre</b>	Cobertura de la Terapia Preventiva para Tuberculosis en personas viviendo con VIH que inician Tratamiento Antirretroviral
<b>Tipo</b>	Indicador de desempeño
<b>Ámbito de evaluación</b>	Hospitales del II y III nivel de atención (con y sin población asignada) e Institutos Especializados, de acuerdo a listado adjunto.
<b>Definición</b>	Determina el porcentaje de personas con diagnóstico de VIH que inician TAR y que completan la Terapia Preventiva para Tuberculosis (TPTB) correspondiente a un año de evaluación. Será inicialmente evaluado en establecimientos de salud a nivel hospitalario.
<b>Justificación</b>	Las personas viviendo con VIH (PVV) tienen un alto riesgo de desarrollar tuberculosis activa. Por ello, la terapia preventiva contra la tuberculosis (TPTB) está indicada en todas las personas viviendo con VIH que no presentan tuberculosis para reducir el riesgo de morbilidad y mortalidad asociada a esta enfermedad oportunista.  El indicador propuesto permite evaluar el seguimiento de la TPTB en las personas con diagnóstico de VIH que inician TAR, que, habiendo iniciado la TPTB la completan durante el periodo de evaluación (la meta es 50% de las personas que iniciaron TPTB del año de evaluación, según normativa vigente).
<b>Fórmula del indicador</b>	$\frac{\text{Personas con VIH que inician TAR y completan la TPTB del año de evaluación}}{\text{Personas con VIH que inician TAR durante el año de evaluación}} \times 100$
<b>Construcción del indicador</b>	<b>Numerador:</b> Suma de todas las personas del denominador que completaron la Terapia preventiva para Tuberculosis. <b>Sintaxis:</b> Suma de registros que cumplen (DX= Z21X1, B24X ^ DX= 99199.11 ^ LAB=IA) ^ (Dx 99199.12 ^ LAB = TA) <b>Denominador:</b> Suma de todas las de PVV que ingresaron al Tratamiento Antirretroviral durante el año de evaluación, identificados con cualquier tipo de documento de identidad. <b>Sintaxis:</b> Suma de registros que cumplen (DX= Z21X1, B24X ^ DX= 99199.11 ^ LAB=IA)
<b>Valor umbral</b>	30%
<b>Logro esperado</b>	50%
<b>Cálculo del porcentaje de cumplimiento</b>	$\frac{\text{Logro alcanzado} - \text{Valor umbral}}{\text{Logro esperado} - \text{Valor umbral}} \times 100$
<b>Frecuencia de medición</b>	Anual
<b>Fuente de datos</b>	<b>Numerador:</b> HIS-MINSA <b>Denominador:</b> HIS-MINSA
<b>Área responsable técnica</b>	Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública (DGIESP), a través de la Dirección de Prevención y Control de VIH-Sida, ITS y Hepatitis
<b>Área responsable de información</b>	Oficina General de Tecnología de la Información (OGTI)
<b>Notas</b>	1. La interpretación, técnica y estadística del indicador corresponde al MINSA. 2. La actualización del algoritmo de programación (script) corresponde al MINSA. 3. La trama de datos para la medición del indicador será definida y generada por el MINSA.





PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital De Apoyo II-2 Sullana

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



PERÚ

Ministerio de Salud

Ficha N° 13: Personas de 50 a 70 años de edad con resultado positivo de prueba de tamizaje de cáncer de colon-recto referidas a los EESS que cuentan con servicio de gastroenterología y con entrega de resultado de la colonoscopia en un plazo menor igual de 30 días.

<b>Nombre</b>	Porcentaje de Personas de 50 a 70 años de edad con resultado positivo de prueba de tamizaje de cáncer de colon-recto referidas a los EESS que cuentan con servicio de gastroenterología y con entrega de resultado de la colonoscopia en un plazo menor igual de 30 días.
<b>Tipo</b>	Indicador de desempeño
<b>Ámbito de evaluación</b>	Hospitales del II y III nivel de atención (con y sin población asignada) e Institutos que cuenten con servicio de gastroenterología con equipo de colonoscopia operativo. Según listado Anexo 1
<b>Definición</b>	El indicador mide el porcentaje de personas 50 a 70 años de edad a quienes se les ha realizado la prueba de tamizaje de cáncer de colon-recto a través del test de sangre oculta en heces y teniendo un resultado positivo, reciben la entrega de resultado de colonoscopia por parte del médico especialista de gastroenterología en un tiempo menor o igual a 30 días.
<b>Justificación</b>	El cáncer de colon es el 5° cáncer en incidencia por lo que la detección temprana es quizá la medida más importante para prevenir la morbilidad y mortalidad por cáncer de colon-recto. Este indicador permitirá evaluar medidas de salud pública para optimizar el acceso a un diagnóstico oportuno del cáncer de colon-recto.  Se espera que el 100% de pacientes con resultado positivo de tamizaje de cáncer de colon -recto reciba la entrega de resultado de colonoscopia por parte del especialista en gastroenterología.
<b>Fórmula del indicador</b>	<b>EESS que cuentan con servicio de gastroenterología (ANEXO 01):</b>  $\frac{\text{Personas del denominador a quien se les realiza la consulta por el servicio de gastroenterología para la entrega de resultado de colonoscopia en menos o igual a 30 días}}{\text{Personas que fueron referidos (REFCON) a EESS que cuentan con servicio de gastroenterología (ANEXO 01) por resultado positivo del test de sangre oculta en heces}} \times 100$ <p><b>Consideración:</b> Considerar solo los pacientes con tiempo de espera menor y/o igual a 30 días entre la fecha de atención del Tamizaje de test de sangre oculta en heces positivo y la fecha de entrega de resultado de la indicación de colonoscopia.</p>
<b>Construcción del indicador</b>	<b>EESS que cuentan con servicio de gastroenterología (ANEXO 01):</b> <b>Sintaxis:</b> <b>Numerador:</b> Id_persona: Td = "D" + Dx = (44388,44389,45359,45358) + Lab = "A" con Td = "D" + Dx = (C180 - C189,C19x, C20X) + Lab = "blanco"  Id_persona: Td = "D" + Dx = (44388,44389,45359,45358) + Lab = "N"  <b>Denominador:</b> Id_Persona: con las condicionales { IPRESS Destino: IPRESS del ANEXO 01 Id_cieix (Procedimiento): 82270 Tipo de Traslado: REFERENCIA Estado de la Referencia: Aceptado (Que cuenten con fecha de aceptación) }  <b>Fuente:</b> Sistema de Información en Salud HIS MINSA y REFCON  <b>Consideración:</b> Contar ID de persona, Fecha del Tamizaje de test de sangre oculta en heces positivo - la fecha de entrega de resultado de colonoscopia por el servicio de gastroenterología <=30 días.



Firmado digitalmente por GUARACIA  
ARZUES Luis Rogelio (FAC)  
20131373237.ind  
Módulo: CDM "I" B"  
Fecha: 12.12.2022 19:52:48 -05:00



PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital De Apoyo II-2 Sullana

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



PERÚ

Ministerio de Salud

<b>Valor Umbral</b>	Valor del indicador obtenido el año 2023 (enero - diciembre)
<b>Logro esperado</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Si el valor umbral es menor de 10%, incremento de 40 PP o más.</li> <li>2. Si el valor umbral está entre 10% a 29%, incremento de 30 PP.</li> <li>3. Si el valor umbral está entre 30% a 49%, incremento de 20 PP.</li> <li>4. Si el valor umbral está entre 50% a 79%, incremento de 10 PP.</li> <li>5. Si el valor umbral es igual a 80% o más mantenerse o superar.</li> </ol>
<b>Cálculo del porcentaje de cumplimiento</b>	$\frac{(\text{Logro alcanzado} - \text{Valor umbral})}{(\text{Logro esperado} - \text{Valor umbral})} \times 100$
<b>Frecuencia de medición para evaluación</b>	Anual
<b>Fuente de datos</b>	Fuente del numerador: Sistema de Información en Salud HIS MINSA. Fuente del denominador: Sistema de Información en Salud HIS MINSA.
<b>Área responsable técnica</b>	Dirección de Prevención y Control del Cáncer (DPCAN) de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública del Ministerio de Salud.
<b>Área responsable de información</b>	Oficina General de Tecnologías de la Información (OGTI) del Ministerio de Salud.
<b>Notas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Si hubiese dos o más exámenes registrados para un mismo Documento de Identidad, se tomará en cuenta el primer resultado.</li> <li>- Se medirá el tiempo en que un paciente, obtiene el resultado positivo de tamizaje de test de sangre oculta en heces y la entrega de resultado de colonoscopia por el servicio de gastroenterología.</li> </ul>



Firmado digitalmente por QUROSZ  
AULES Luz Nagelien FAU  
20131373257 hard  
Módulo: Digi V 2  
Fecha: 12-12-2023 19:34:20 -05:00



PERÚ

Ministerio  
de SaludHospital De Apoyo  
II-2 Sullana"AÑO DEL BICENTENARIO, DE LA CONSOLIDACIÓN DE NUESTRA  
INDEPENDENCIA Y DE LA CONMEMORACIÓN DE LAS HEROICAS  
BATALLAS DE JUNIN Y AYACUCHO"

PERÚ

Ministerio  
de Salud

## Ficha N°17: Gestantes atendidas con 2 o más APN en el hospital, referidas por factores de riesgo.

<b>Nombre</b>	Porcentaje de gestantes atendidas con 2 o más APN en el hospital, referida por factores de riesgo.
<b>Tipo</b>	Indicador de desempeño
<b>Ámbito de evaluación</b>	Hospitales del II y III nivel de atención (con y sin población asignada) e Instituto, que realizan atención a la gestante.
<b>Definición</b>	Indicador que determina el total de gestantes con 2 o más APN en el hospital y que han sido referidas del 1° nivel de atención por complicaciones o factores de riesgo específicos. Estas complicaciones son aquellos problemas de salud que son identificadas durante la etapa de gestación que afectan a la madre y/o al bebé y que no pueden ser resueltas en el 1° nivel de atención.
<b>Justificación</b>	Las complicaciones y factores de riesgo identificadas en el 1° nivel de atención que se originan durante el embarazo pueden afectar la salud de la madre y del feto, y al no poder ser resueltas son referidas a un establecimiento hospitalario con mayor capacidad resolutoria para un manejo especializado.
<b>Formula del indicador</b>	$\frac{\text{Total, de gestante del denominador con 2 ó más Atenciones Prenatales (APN) en el hospital.}}{\text{Total, de gestantes que han sido referidas del 1° nivel de atención por complicaciones o factores de riesgo específicos}} \times 100$
<b>Construcción del indicador</b>	<p><b>Numerador:</b> Total, de gestante del denominador con 2 ó más Atenciones Prenatales (APN) en el hospital que han sido referidas por factores de riesgo específicos.</p> <p><b>Sintaxis:</b> Se consideran como atenciones prenatales la citas que cuenten con los siguientes códigos: Z3591; Z3592; Z3593; Z359</p> <p><b>Denominador:</b> Total, de gestantes que han sido referidas del 1° nivel de atención por complicaciones o factores de riesgo específicos.</p> <p><b>Sintaxis:</b> Total de gestantes atendidas en el 1° Nivel de atención y han sido referidas a consulta externa a EE SS de 2° y 3° nivel de atención con los siguientes factores de riesgo específico: códigos CIE 10 :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cesárea anterior: O34.2</li> <li>• Anemia Severa: O99.0</li> <li>• Hipertensión gestacional (inducida por el embarazo): O13X</li> <li>• ITU: O23, O23.1, O23.2, O23.3, O23.4, O23.5</li> <li>• Placenta Previa: O44.0</li> <li>• VIH: O987</li> <li>• Diabetes: O244-O241</li> <li>• Aumento excesivo de peso en el embarazo: O260</li> <li>• Embarazo Múltiple: O300</li> <li>• Gestantes adolescentes menores de 15 años: Z3591, Z3592, Z3593</li> </ul>
<b>Valor umbral</b>	Valor del indicador obtenido al año 2023 (enero - diciembre)
<b>Logro esperado</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cuando el valor umbral es menor de 10% incremento de 15 pp</li> <li>2. Cuando el valor umbral es de 10% a menos de 20% incremento de 10 pp</li> <li>3. Cuando el umbral es &gt; ó = a 20%, incremento de 05 pp</li> </ol>



Financiado y gestionado por GERDIZ  
AULES, con Registros PAU  
20131373237 Av. 8  
Módulo: C/05 1° B°  
Fecha: 12.12.2023 10:43:39 -05:00



PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital De Apoyo II-2 Sullana

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



PERÚ

Ministerio de Salud

<b>Cálculo del porcentaje de cumplimiento</b>	$\frac{(\text{Logro alcanzado} - \text{Valor umbral})}{(\text{Logro esperado} - \text{Valor umbral})} \times 100$
<b>Frecuencia de medición</b>	Anual
<b>Fuente de datos</b>	Numerador: HIS-MINSA Denominador: REFCON Se considerará la información hasta el 31 de diciembre 2024.
<b>Área Responsable Técnica</b>	Dirección de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública a través de la Dirección Ejecutiva de Salud Sexual y Reproductiva.
<b>Área Responsable De Información</b>	Oficina General de Tecnologías de la Información
<b>Notas</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Considerar solo a gestantes referidas por el REFCON para el cálculo del denominador</li> <li>2. Si la gestante ha sido referida por complicaciones o factor de riesgo, se le contabiliza en la fecha posterior a la referencia en el Hospital de destino.</li> <li>3. Se excluye la evaluación de este indicador a los Hospitales que no realizan atención prenatal o no cuentan con el sistema REFCON.</li> <li>4. La interpretación, técnica y estadística, del indicador corresponde al MINSA.</li> <li>5. La actualización del algoritmo de programación (script) corresponde al MINSA.</li> <li>6. La actualización de la ficha técnica durante la vigencia del dispositivo que lo aprueba, corresponde al MINSA, la misma que se puede estar sujeta a modificaciones normativas o situaciones de emergencia.</li> </ol>



Empleo digitalizado por QIARC2  
AUTOSUO Liza Rodríguez Páez  
20231223T 14:02  
Módulo: QIARC2  
Fecha: 12/12/2023 10:46:08 -05:00





**Ficha N°20: Niños y niñas menores de 5 años con deficiencias o factores de riesgo de discapacidad, con dos o más atenciones en la UPSS Medicina de Rehabilitación.**

<b>Nombre</b>	Porcentaje de niños y niñas menores de 5 años con deficiencias o factores de riesgo de discapacidad, con dos o más atenciones en la UPSS Medicina de Rehabilitación.
<b>Tipo</b>	Indicador de desempeño
<b>Ámbito de evaluación</b>	Hospitales del II y III nivel de atención (con y sin población asignada) e Institutos, con UPSS de Medicina Física y Rehabilitación (listado en el Anexo N°01)
<b>Definición</b>	Indicador que determina el total de niños y niñas menores de 5 años con deficiencias o factores de riesgo de discapacidad, que cuenten con dos o más atenciones en la UPSS de Medicina Física y Rehabilitación
<b>Justificación</b>	<p>Mediante la medición de este indicador se busca incrementar la oferta médica, incrementando el número de citas y horarios en los establecimientos de salud, para la atención de los niños menores de 5 años en las UPSS de Medicina de Rehabilitación, que a su vez permitirá a la gestión institucional identificar oportunidades de mejora relacionadas a la implementación de las UPSS con equipamiento, mobiliario, infraestructura y recurso humano, que permita brindar a los usuarios en salud una atención de calidad. De esta manera, se busca mejorar la gestión interna del establecimiento para el cumplimiento de sus objetivos y mejorar la eficiencia en la asignación de los recursos.</p> <p>Es importante determinar el porcentaje de niños y niñas menores de 5 años con deficiencias o factores de riesgo de discapacidad, que son atendidos en el servicio de rehabilitación, a fin de promover la intervención temprana y oportuna en rehabilitación, que incluya actividades orientadas a la prevención, diagnóstico y la mejora de la condición de discapacidad y autonomía del paciente, y que contribuya a evitar condiciones de salud que generen discapacidad, reducir la limitación funcional, minimizar el impacto en las consecuencias del daño a la salud y mejorar el nivel de independencia funcional.</p> <p>Se entiende por deficiencias a los problemas en las funciones o estructuras corporales, tales como una desviación significativa o una pérdida. (Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la salud-CIF). Y por factor de riesgo a la característica, circunstancia o situación que aumenta la probabilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesto a un proceso morbido o incluso mortal. El efecto marginal de los factores de riesgo produce un fenómeno de interacción negativo para el crecimiento o desarrollo durante la infancia.</p> <p>Para la identificación de las niñas y niños menores de cinco (5) años con deficiencias o factores de riesgo de discapacidad, se ha considerado lo siguientes: Apgar menor de 7 a los 5 minutos, prematuridad, bajo peso al nacer, malformaciones congénitas, meningitis, convulsiones, retardo en desarrollo, hipotiroidismo, kernicterus, sepsis neonatal, septicemia, retinopatía de la prematuridad, que pueden generar discapacidad.</p> <p>Tanto la identificación de la deficiencia o los factores de riesgo identificados en el Sistema de Registro del Certificado de Nacido Vivo en Línea (CNV) y aquellos determinados por el Ministerio de Salud.</p>
<b>Formula del Indicador</b>	$\frac{\text{Total, de niños y niñas menores de 5 años con deficiencias o factores de riesgo de discapacidad con dos o más atenciones en la UPSS Medicina Física y Rehabilitación (Anexo N° 02)}}{\text{Total, de niños y niñas menores de 5 años con deficiencias o factores de riesgo de discapacidad que se hayan atendido en EESS con UPSS de Medicina Física y Rehabilitación (Anexo N° 01)}} \times 100$
<b>Construcción del indicador</b>	<p><b>NUMERADOR:</b> Total, de niños y niñas menores de 5 años con deficiencias o factores de riesgo de discapacidad, con dos o más atenciones en la UPSS Medicina de Rehabilitación (Anexo N° 02)</p> <p><b>Fuente:</b> HIS</p> <p><b>Sintaxis:</b></p>





	<p>Total, de niños y niñas menores de 5 años con deficiencias o factores de riesgo de discapacidad, del denominador (ANEXO N° 01), atendidos en la UPSS Medicina de Rehabilitación (ANEXO N° 02) por consulta externa, que cuenten con 2 o más atenciones en dichas UPSS-MR.</p> <p><b>DENOMINADOR:</b> Total, de niños y niñas menores de 5 años con deficiencias o factores de riesgo de discapacidad que se hayan atendido en los establecimientos de salud de segundo y tercer nivel de atención con UPSS Medicina de Rehabilitación (Anexo N° 01), detectados en la consulta externa e interconsultas, que cuenten con los siguientes factores de riesgo específicos registrados en CNV y con códigos CIE10, según el siguiente detalle:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Apgar menor de 7 a los 5 minutos, prematuridad, bajo peso al nacer, malformaciones congénitas: CNV.</li> <li>• Prematuridad: P07.2, P07.3</li> <li>• Muy Bajo peso al nacer y bajo peso al nacer: P07.0, P07.1</li> <li>• Malformaciones congénitas: Q00.0- Q99.2. (Todos los Q)</li> <li>• Meningitis: A39.0, A87.0, A87.1</li> <li>• Encefalitis: A85.0, A85.1, A85.8, A86</li> <li>• Kernicterus: P57.9</li> <li>• Convulsiones: P90.X</li> <li>• Retinopatía de la prematuridad: H35.1</li> <li>• Hipotiroidismo: E03.0, E03.1, E03.3.</li> <li>• Retardo en desarrollo: R62.0, R62.8, R62.9, F80.0, F80.1, F80.2, F80.4, F80.8, F80.9, F82, F83, F84.0, FR4.1, F84.2, F84.4, F84.5, F84.8, F84.9.</li> <li>• Sepsis neonatal: P36.0, P36.1, P36.2, P36.3, P36.4, P36.5, P36.8, P36.9</li> <li>• Septicemia: A40.0, A40.1, A40.2, A40.3, A40.8, A40.9, A41.0, A41.1, A41.2, A41.3, A41.4, A41.5, A41.8, A41.9</li> <li>• Parálisis cerebral: G80.0, G80.1, G80.2, G80.3, G80.4, G80.8, G80.9</li> </ul> <p>Fuente: HIS MINSA y CNV</p>
Valor umbral	25%
Logro esperado	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si el denominador es menos de 1,000, el logro esperado es 70%</li> <li>• Si el denominador es de 1,000 a 5,000, el logro esperado es 50%</li> <li>• Si el denominador es &gt; a 5,000, el logro esperado es 30%</li> </ul>
Cálculo del porcentaje del cumplimiento	$\frac{\text{Logro alcanzado} - \text{Valor umbral}}{(\text{Logro esperado} - \text{Valor umbral})} \times 100$
Frecuencia de medición	Anual
Fuente de Datos	Numerador: HIS-MINSA Denominador: HIS-MINSA y CNV
Área responsable técnica	Dirección de Prevención y Control de la Discapacidad
Área responsable de la información	Oficina General de Tecnologías de la Información
Notas	Considerar las variables de riesgo de CNV.





Ficha N°24: Densidad de Incidencia /Incidencia Acumulada de las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS) seleccionadas.

<b>Nombre</b>	<b>Densidad de Incidencia y/o Incidencia Acumulada de las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS) seleccionadas.</b>
<b>Tipo</b>	Indicador de desempeño.
<b>Ámbito de evaluación</b>	Hospital del II y III nivel (con o sin población asignada) e instituto especializado.
<b>Definición</b>	<p>La densidad de incidencia y/o incidencia acumulada mide la velocidad con que se propaga las IAAS, a mayor tasa de incidencia, mayor riesgo.</p> <p>Para los hospitales de II nivel, se evaluará 1 o 2 tasas según listado adjunto; mientras que, para hospitales generales de III nivel, hospital e instituto especializado se evaluarán 2 tasas de densidad de incidencia y/o incidencia acumulada de IAAS.</p> <p>Las tasas de incidencia seleccionadas corresponden a las tasas más altas en el año previo.</p> <p>Si el hospital o instituto presenta tasas cero en todos los tipos de IAAS, el CDC-MINSA seleccionará las tasas según su categoría de atención, priorizando la UCI Neonatal, UCI Pediátrica y Gineco-obstetricia.</p> <p>El hospital e instituto especializado deberá cumplir con el 100% (consolidado e individual) del registro de la información en el aplicativo web del CDC-MINSA realizado dentro del plazo de notificación de siete días posteriores al siguiente mes vigilado.</p>
<b>Justificación</b>	<p>Las infecciones asociadas a la atención de la salud (IAAS) son un problema de salud pública importante debido a la morbilidad y mortalidad que provocan en los pacientes, disminuye la calidad de la atención de los servicios y el incremento de los costos hospitalarios para la atención de salud. Estas infecciones también afectan a los neonatos que son de alto riesgo y las púerperas, por lo que, las tasas de IAAS son consideradas como indicadores de calidad en la atención integral de salud.</p> <p>Los documentos normativos que regulan el proceso son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Norma Técnica de Salud para la vigilancia de las infecciones asociadas a la atención de la salud aprobada por Resolución Ministerial N° 523-2020-MINSA.</li> <li>✓ Norma Técnica de Salud para la investigación y control de brotes de infecciones asociadas a la atención de salud aprobada por Resolución Ministerial N° 509-2023/MINSA.</li> <li>✓ Norma Técnica N°020-MINSA/DGSP V. 01 Norma técnica de prevención y control de infecciones intrahospitalarias, aprobada por Resolución Ministerial N° 753-2004/MINSA.</li> <li>✓ Documento Técnico: Lineamientos para la vigilancia, prevención y control de las infecciones asociadas a la atención de salud, aprobada por Resolución Ministerial N°168-2015/MINSA.</li> </ul>
<b>Fórmula de indicador</b>	<p><b>Densidad de incidencia:</b></p> <p><u>Número de casos por cada tipo de IAAS seleccionada durante el periodo</u> x1000</p> <p>Número de días - procedimiento expuesto al riesgo durante el mismo periodo.</p> <p><b>Incidencia acumulada:</b></p> <p><u>Número de casos por cada tipo de IAAS seleccionada durante el periodo</u> x100</p> <p>Número de pacientes - procedimiento expuesto al riesgo durante el mismo periodo.</p>





PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital De Apoyo II-2 Sullana

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



PERÚ

Ministerio de Salud

<b>Construcción del indicador</b>	<b>Densidad de Incidencia:</b> Numerador: Sumatoria de todos los casos según el tipo de IAAS seleccionada en el periodo. Denominador: Sumatoria del total de días-procedimiento o pacientes-procedimientos expuestos al riesgo en el mismo periodo. Se utiliza para la medición de las neumonías, infección de tracto urinario e infecciones del torrente sanguíneo.
	<b>Incidencia acumulada:</b> Numerador: Sumatoria de todos los casos según el tipo de IAAS seleccionada en el periodo. Denominador: Sumatoria del total de pacientes según procedimiento durante el mismo periodo. Se utiliza para la medición de las infecciones de sitio quirúrgico y de endometritis puerperal.
<b>Valor Umbral</b>	Valor del año previo
<b>Logro esperado</b>	Para los hospitales e institutos que tengan tasas diferente de cero en su valor umbral, el cálculo del logro esperado se realizará considerando que: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Si sobrepasan el valor referencial para su categoría, las tasas seleccionadas deberán disminuir hasta en un 30% de su valor umbral para alcanzar el valor referencial para su categoría.</li> <li>- Si es menor o igual al valor referencial para su categoría, deberá mantenerse igual o por debajo del valor referencial para su categoría.</li> </ul> Para los hospitales e institutos que tengan tasas de cero en su valor umbral, el logro esperado será el valor referencial. Los valores referenciales publicados en el Boletín Epidemiológico del Perú del CDC -MINSA.
<b>Cálculo del porcentaje de cumplimiento</b>	$\frac{(\text{Logro alcanzado} - \text{Valor umbral})}{(\text{Logro esperado} - \text{Valor umbral})} \times 100$ Para los hospitales o institutos en los que se selecciona 02 tasas de IAAS, se calculará el promedio de los porcentajes de cumplimiento alcanzado.
<b>Frecuencia de medición</b>	Anual
<b>Fuente de datos</b>	Aplicativo web de notificación de IAAS del Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. Se considerará el registro de la información hasta el 31 de diciembre del 2024, con cierre de base de datos al 31 de enero 2025.
<b>Área responsable técnica</b>	Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades; en el marco de sus competencias.
<b>Área responsable de la información</b>	Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades.
<b>Notas</b>	Los institutos u hospitales especializados que vigilen otros tipos de IAAS que no son sujetas a notificación obligatoria según normativa vigente, enviarán su plan de vigilancia epidemiológica incluyendo el tipo de IAAS, la definición de caso y la metodología utilizada; asimismo, realizarán la notificación mensual al CDC-MINSA correspondiente a los numeradores y denominadores para el cálculo de las tasas según los plazos establecidos.



Financiado digitalmente por QIROSZ  
AV. EST. LUIS RAPOSA 1740  
201718 JACOT HERR  
Módulo Clay V° 3°  
Fecha: 12/12/2023 20:18:15 -05:00



## Ficha N°25 Porcentaje de Resolutividad

<b>Nombre</b>	Porcentaje de Resolutividad
<b>Tipo</b>	Indicador de Desempeño
<b>Ámbito de Evaluación</b>	Hospitales del II y III nivel de atención (sin población asignada)
<b>Definición</b>	Es la relación entre el número de referencias enviadas por el establecimiento de origen y el total de atenciones médicas en emergencia en el mismo periodo de tiempo.
<b>Justificación</b>	El indicador fomenta la integralidad en los diferentes niveles de atención de salud orientando a la organización de los servicios que permitan la resolución de las necesidades de la población demandante, garantizando los derechos a una mejora en el estado de salud de la población.  Es así, que medir la capacidad de respuesta del establecimiento de salud según su nivel de complejidad ante el problema de salud de los usuarios. Asimismo, permite identificar las limitaciones e implementar acciones de mejora en los procesos de atención y en las capacidades del personal de salud.
<b>Formula del Indicador</b>	NIVEL III: $\frac{\text{N}^\circ \text{ Referencias para emergencia enviadas en un periodo}}{\text{N}^\circ \text{ de atenciones de emergencia en el periodo}} \times 100$  NIVEL II: $\frac{\text{N}^\circ \text{ Referencias para emergencia enviadas en un periodo}}{\text{N}^\circ \text{ de atenciones de emergencia y urgencia en el periodo}} \times 100$
<b>Construcción del indicador</b>	<b>Numerador.</b> – Es el número de las referencias para emergencia registradas en el aplicativo REFCON <b>Denominador.</b> – Es el registro de atenciones en emergencia fuente SEEM.  En el Nivel III: Se tomará el registro de las atenciones de emergencia de prioridad 1 y 2.  En el Nivel II: se tomará el registro de las atenciones de emergencia y urgencia, prioridades 1, 2, 3 y 4.
<b>Valor umbral</b>	Valor del año previo
<b>Logro esperado</b>	1. Si el valor umbral es $\leq 5\%$ , mantener el valor umbral 2. Si el valor umbral es de 6 - 10 %, debe disminuir 2 puntos porcentuales sobre el valor umbral 3. Si el valor umbral es $> 10 \%$ , debe disminuir 3 puntos porcentuales sobre el valor umbral
<b>Cálculo del porcentaje del cumplimiento</b>	$\frac{(\text{Logro alcanzado} - \text{Valor umbral})}{(\text{Logro esperado} - \text{Valor umbral})} \times 100$
<b>Frecuencia de medición</b>	Anual
<b>Fuente de Datos</b>	Numerador: Aplicativo REFCON Denominador: Fuente SEEM





PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital De Apoyo II-2 Sullana

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



PERÚ

Ministerio de Salud

<b>Área responsable técnica</b>	Dirección General de Operaciones en Salud
<b>Área responsable de la información</b>	Oficina General de Tecnologías de la Información.
<b>Notas</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. La actualización del algoritmo de programación (script) corresponde al MINSA</li> <li>2. La actualización de la ficha técnica durante la vigencia del dispositivo que lo aprueba corresponde al MINSA, la misma que se puede dar por modificaciones normativas y situaciones de emergencia.</li> </ol>



Firmado digitalmente por QUROZ  
 AVILES Luis Napoleón FAU  
 2023137327 Perú  
 Motivo: Dey V B  
 Fecha: 12/12/2023 20:19:42 -05:00



PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital De Apoyo II-2 Sullana

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



PERÚ

Ministerio de Salud

## Ficha N°26: Porcentaje de Ocupación Cama

<b>Nombre</b>	<b>Porcentaje de ocupación cama</b>
<b>Tipo</b>	Indicador de Desempeño
<b>Ámbito de evaluación</b>	Hospitales con población asignada, Hospitales e Institutos Especializados.
<b>Definición</b>	Es un índice que mide el porcentaje de las camas ocupadas o en uso, con relación al total de las camas operativas en un determinado período. Permite medir el grado de utilización del recurso cama de hospitalización en un período de tiempo.
<b>Justificación</b>	Este indicador permite evaluar la subutilización o sobreutilización del recurso cama de la UPSS Hospitalización, identificando problemas gerenciales asociados a la gestión de camas, determina la eficiencia en el uso de cama.
<b>Fórmula del indicador</b>	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes-día (de un período)}}{\text{N}^\circ \text{ días (camas operativas) en el mismo período.}} \times 100$
<b>Construcción del indicador</b>	<p><b>Numerador:</b> Número total de pacientes-día del mes se obtiene de la sumatoria de todos los pacientes-día censados diariamente durante el mes. Un paciente-día es el paciente que ocupa una cama de hospitalización en un día calendario.</p> <p><b>Denominador:</b> Número de días cama operativas por cada día del mes.</p> <p><b>Cama operativa:</b> Es el número de camas en condiciones de uso en hospitalización. Se obtiene sumando el número de camas disponibles más el número de camas ocupadas al cierre del reporte.</p> <p>El cociente obtenido se multiplica por 100.</p> <p>*Se excluirá del cálculo las camas ocupadas por abandonados por problemas judiciales o sociales. Para tal efecto, la DIRESA/GERESA/Hospitales e Institutos de Lima Metropolitana, remitirán a la OGTI, el listado de pacientes, con los números de historia clínica y las causas de la estancia prolongada con el visto bueno del servicio de Asistencia Social y/o legal del establecimiento de salud, según corresponda al final del período, u otro servicio con el sustento correspondiente.</p>
<b>Valor Umbral</b>	No aplica
<b>Logro esperado</b>	>= 80%
<b>Cálculo del porcentaje de cumplimiento</b>	$\frac{(\text{Logro alcanzado} - \text{Valor umbral})}{(\text{Logro esperado} - \text{Valor umbral})} \times 100$
<b>Frecuencia de medición</b>	Anual
<b>Fuente de datos</b>	Formato F500.2. Aplicativo camas
<b>Área responsable técnica</b>	Dirección General de Operaciones en Salud
<b>Área responsable de información</b>	Oficina General de Tecnología de la Información
<b>Notas</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Las camas en reparación o desinfección de nivel intermedio mayor 6 horas. Las cunas para recién nacidos sanos, las incubadoras y camas de la UPSS Cuidados Intensivos (incluyendo la unidad de intermedios), las camas de observación de la UPSS Emergencia y las camillas de recuperación de la UPSS Centro Quirúrgico, las camas de dilatación y las camillas de expulsivo de la UPSS Centro Obstétrico, no se considera para la evaluación del ID.</li> <li>No aplica para hospitales con campo especializado en atención de emergencia, ni al Instituto Nacional de Oftalmología e Instituto Regional de Oftalmología</li> <li>La actualización del algoritmo de programación (script) corresponde al MINSA</li> <li>La actualización de la ficha técnica durante la vigencia del dispositivo que lo aprueba corresponde al MINSA, la misma que se puede dar por modificaciones normativas y situaciones de emergencia.</li> </ol>



Firmado digitalmente por QUINCE  
AVILES Luis Rogelio FALCÓN  
2013.12.31 09:37:46  
Motivo: Cero "0"  
Fecha: 12-12-2023 09:26:26 -0500



## Ficha N°27: Intervalo de Sustitución de Cama

<b>Nombre</b>	Intervalo de Sustitución de Cama									
<b>Tipo</b>	Indicador de Desempeño									
<b>Ámbito de evaluación</b>	Hospitales del II y III nivel de atención (con y sin población asignada) e Institutos Especializados.									
<b>Definición</b>	Se describe este indicador como el tiempo promedio (en días o fracción día), que una cama hospitalaria permanece desocupada entre el egreso de un paciente y el ingreso de otro. Se indica que el valor del Intervalo de sustitución es ideal, cuando es mayor que cero y menor que uno, expresando que, si un paciente egresa, esa cama es ocupada por otro paciente en un período menor de un día.									
<b>Justificación</b>	Determinar el tiempo en que permanece la cama vacía entre un egreso y el subsiguiente ingreso a la misma cama.									
<b>Fórmula del indicador</b>	$\frac{N^{\circ} \text{ Días cama disponibles} - N^{\circ} \text{ pacientes día}}{N^{\circ} \text{ de egresos hospitalarios en el mismo periodo.}}$									
<b>Construcción del indicador</b>	<p><b>Numerador:</b>  <b>Número de días cama disponible:</b> Total de camas habilitadas para hospitalización en un periodo, que equivale a la sumatoria de camas operativas de hospitalización por cada día del mes (Adulto, pediátrica, neonatal) del F500.2.  <b>N° paciente día:</b> en un periodo: sumatoria de las camas de hospitalización ocupadas por un paciente por cada día del mes (Adulto, pediátrica, neonatal) del F500.2</p> <p><b>Denominador:</b> Número de Egresos Hospitalarios en el mismo periodo.</p> <p>*Se excluirá del cálculo las camas ocupadas por abandonados por problemas judiciales o sociales. Para tal efecto, la DIRESA/GERESA/HOSPITALES E INSTITUTOS DE LIMA METROPOLITANA, remitirán a la OGTI, el listado de pacientes, con los números de historia clínica y las causas de la estancia prolongada con el visto bueno del servicio de Asistencia Social y/o legal del establecimiento de salud, según corresponda. Se entregará al final del periodo.</p>									
<b>Valor Umbral</b>	No aplica									
<b>Logro esperado</b>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Valor Obtenido</th> <th>%Peso Ponderado</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>≤ 2 días</td> <td>100%</td> </tr> <tr> <td>&gt;3 - ≤5 días</td> <td>70%</td> </tr> <tr> <td>&gt;6 - ≤10 días</td> <td>40%</td> </tr> </tbody> </table>		Valor Obtenido	%Peso Ponderado	≤ 2 días	100%	>3 - ≤5 días	70%	>6 - ≤10 días	40%
Valor Obtenido	%Peso Ponderado									
≤ 2 días	100%									
>3 - ≤5 días	70%									
>6 - ≤10 días	40%									
<b>Cálculo del porcentaje de cumplimiento</b>	$\frac{(\text{Logro alcanzado} - \text{Valor umbral})}{(\text{Logro esperado} - \text{Valor umbral})} \times 100$									
<b>Frecuencia de medición</b>	Anual									
<b>Fuente de datos</b>	<b>Numerador:</b> Formato F500.2. Aplicativo camas <b>Denominador:</b> Fuente de información SEEM									
<b>Área responsable técnica</b>	Dirección General de Operaciones en Salud									
<b>Área responsable de Información</b>	Oficina General de Tecnología de la Información									
<b>Notas</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Las camas en reparación o desinfección de nivel intermedio mayor 6 horas. Las cunas para recién nacidos sanos, las incubadoras y camas de la UPSS Cuidados Intensivos (incluyendo la unidad de intermedios), las camas de observación de la UPSS Emergencia y las camillas de recuperación de la UPSS Centro Quirúrgico, las camas de dilatación y las camillas de expulsivo de la UPSS Centro Obstétrico, no se considera para la evaluación del ID.</li> <li>No aplica para hospitales con campo especializado en atención de emergencia, ni al Instituto Nacional de Oftalmología e Instituto Regional de Oftalmología</li> <li>La actualización del algoritmo de programación (script) corresponde al MINSA</li> </ol>									





PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital De Apoyo II-2 Sullana

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



PERÚ

Ministerio de Salud

	<p>8. La actualización de la ficha técnica durante la vigencia del dispositivo que lo aprueba corresponde al MINSA, la misma que se puede dar por modificaciones normativas y situaciones de emergencia.</p> <p>9. Para fines de evaluación se deben registrar todos los meses del año tanto para el SEM como el RENOXI, y con un mínimo de registro de 20 días por mes en el RENOXI.</p>
--	---



MINSA

Firmado digitalmente por QUEROZ  
RUIZ, Luis Napoleón (RAJ)  
20131273227 Inad  
Módulo: Oty V" B"  
Fecha: 12.12.2023 20:21:34 -05:00



## Ficha N° 28: Porcentaje de Cirugías Suspendidas

<b>Nombre</b>	Porcentaje de Cirugías Suspendidas
<b>Tipo</b>	Indicador de Desempeño
<b>Ámbito de evaluación</b>	Hospitales del II y III nivel de atención (con y sin población asignada) e Institutos Especializados.  Se excluyen a los siguientes: Hospital Casimiro Ulloa, Hospital de Emergencias Pediátricas, INR, Hospitales e Institutos de Salud Mental.
<b>Definición</b>	La suspensión de cirugías se define como la correspondencia entre las cirugías programadas y las realizadas en un determinado periodo de tiempo en una institución. Mide la proporción de intervenciones quirúrgicas programadas que fueron suspendidas.
<b>Justificación</b>	Permite identificar problemas en los procesos relacionados con las intervenciones quirúrgicas; así como, evaluar la calidad en la atención hospitalaria, para la obtención de mayores beneficios posibles de la atención médica, con los menores riesgos para el paciente. La suspensión de una cirugía implica un costo operacional y financiero para la institución y mayor riesgo de complicaciones clínicas para el paciente por su prolongada estancia hospitalaria. La programación quirúrgica implica un número importante de personas como cirujanos, anestesistas, enfermeros, técnicos de enfermería, entre otros, además de gran cantidad de materiales y equipos especializados. Este indicador puede ser influenciado por la clínica desfavorable del paciente.
<b>Formula del Indicador</b>	$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de cirugías suspendidas}}{\text{N}^{\circ} \text{ de cirugías programadas}} \times 100$
<b>Construcción del indicador</b>	Se obtendrá del cociente entre:  <b>Numerador.</b> - El número total de intervenciones quirúrgicas programadas que fueron suspendidas por diferentes motivos en un periodo de tiempo. No incluye intervenciones quirúrgicas de emergencia. <b>Denominador.</b> - El número de intervenciones quirúrgicas programadas en el mismo periodo.  Una intervención quirúrgica se define como la intervención quirúrgica planificada con antelación y que no necesita practicarse inmediatamente como la cirugía de emergencia.
<b>Logro esperado</b>	Si el valor umbral es $\leq$ a 5%, deberán de mantener el valor umbral.  Si el valor umbral es de 6 a 10%, disminuirán mínimo 2 puntos porcentuales sobre el valor umbral.  Si el valor umbral es $>$ a 10%, disminuirán mínimo 3 puntos porcentuales sobre el valor umbral.
<b>Valor umbral</b>	Valor obtenido en el año previo
<b>Cálculo del porcentaje del cumplimiento</b>	Aplica a Hospitales de II y III nivel de atención e Institutos Especializados que cuenten con UPSS Centro Quirúrgico.
<b>Frecuencia de medición</b>	Anual





PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital De Apoyo II-2 Sullana

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



PERÚ

Ministerio de Salud

<b>Fuente de Datos</b>	Reporte de la Oficina Estadística e Informática del Sistema Electrónico de Transferencia de Información de IPRESS y Unidades de Gestión de IPRESS – SETI-IPRESS (SUSALUD)
<b>Área responsable técnica</b>	Dirección General de Operaciones en Salud
<b>Área responsable de la información</b>	Oficina General de Tecnologías de la Información.
<b>Notas</b>	La actualización de la ficha técnica durante la vigencia del dispositivo que lo aprueba corresponde al MINSA, la misma que se puede dar por modificaciones normativas o situaciones de emergencia.



MINSA

Firmado digitalmente por QUIRICO  
ANTHONY LUIS RIVERA FALCÓN  
20191371207 Perú  
Módulo: Cert. V. 2  
Fecha: 12/10/2023 09:30:45 -05:00



PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital De Apoyo II-2 Sullana

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



PERÚ

Ministerio de Salud

### Ficha N°29: Rendimiento de Sala de Operaciones

<b>Nombre</b>	Rendimiento de Sala de Operaciones						
<b>Tipo</b>	Indicador de Desempeño						
<b>Ámbito de aplicación</b>	Hospitales de nivel II y III nivel de atención (con y sin población asignada) e Institutos Especializados, que cuenten con centro quirúrgico Se excluyen los siguientes: El INR, Hospital Casimiro Ulloa, Hospital de Emergencias Pediátricas, Hospitales e Institutos de Salud Mental						
<b>Definición</b>	Mide el número promedio de intervenciones quirúrgicas realizadas por cada sala de operaciones en un mes.						
<b>Justificación</b>	Este indicador permite evaluar el promedio de intervenciones quirúrgicas que se realizan en cada sala quirúrgica por mes durante el año.						
<b>Fórmula del indicador</b>	$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de intervenciones quirúrgicas ejecutadas en un periodo}}{\text{N}^{\circ} \text{ de Sala de Operaciones en condiciones operativas en un periodo}}$						
<b>Construcción del indicador</b>	<b>Numerador:</b> Número total de intervenciones quirúrgicas ejecutadas en el mes, la cual se obtiene de la sumatoria de todas las cirugías ejecutadas diariamente durante el mes. <b>Denominador:</b> Número de salas de operaciones que se encuentren en condiciones operativas en dicho periodo.						
<b>Valor Umbral</b>	No Aplica						
<b>Logro esperado</b>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>VALOR</th> <th>% PESO PONDERADO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>60-79</td> <td>80%</td> </tr> <tr> <td>≥ 80</td> <td>100%</td> </tr> </tbody> </table> <p>*Los Institutos: IREN, INEN e INCN deben incrementar en 10 puntos porcentuales (10%) su valor del año previo. Debido a su alta complejidad.</p>	VALOR	% PESO PONDERADO	60-79	80%	≥ 80	100%
VALOR	% PESO PONDERADO						
60-79	80%						
≥ 80	100%						
<b>Cálculo del porcentaje de cumplimiento</b>	Dependiendo de la fórmula.						
<b>Frecuencia de medición</b>	Anual						
<b>Fuente de datos</b>	Reporte de la Oficina Estadística e Informática del Sistema Electrónico de transferencia de Información de IPRESS y Unidades de Gestión de IPRESS – SETI – IPRESS (SUSALUD)						
<b>Área responsable técnica</b>	Dirección General de Operaciones en Salud						
<b>Área responsable de Información</b>	Oficina General de Tecnología de la Información						
<b>Notas</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Sala de Operaciones operativas: son todas las salas de operaciones que se encuentren en habilitadas para realizar intervenciones quirúrgicas. Solo se contabilizan las salas electivas.</li> <li>La notificación de sala operativa debe ser mensual y oportuna, siendo una condición obligatoria para el cumplimiento del indicador.</li> <li>Solo se deben considerar las intervenciones quirúrgicas realizadas en las salas de operaciones operativas electivas. Excluyendo las cirugías de emergencia.</li> <li>La actualización de la ficha técnica durante la vigencia del dispositivo que lo aprueba corresponde al MINSA, la misma que se puede dar por modificaciones normativas o situaciones de emergencia.</li> </ol>						

  
 Formado digitalmente por QUAROCZ  
 AULES Luis Negretson FAU  
 2013/1373237.html  
 Módulo: Cdy V. B.  
 Fecha: 12/12/2023 20:31:29 -05:00



PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital De Apoyo II-2 Sullana

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



PERÚ

Ministerio de Salud

Ficha N° 30 Promedio de Espera para la Atención en Consulta Externa de un Paciente Referido

<b>Nombre</b>	Promedio de Espera para la Atención en Consulta Externa de un Paciente Referido								
<b>Tipo</b>	Indicador de Desempeño								
<b>Ámbito de evaluación</b>	Centro de Salud Mental Comunitario, Hospitales del II y III nivel (sin población asignada) e Institutos especializados.								
<b>Definición</b>	Es la relación entre la sumatoria de los días de espera para obtener una atención de salud por cada solicitud de referencia aceptada en el EE.SS. destino, sobre el número total de pacientes atendidos por referencia en consulta externa en el mismo periodo.								
<b>Justificación</b>	<p>El indicador permite identificar los tiempos de espera de un usuario para recibir una atención médica posterior a la aceptación de solicitud de la referencia proveniente de establecimiento de salud de menor complejidad a uno de mayor complejidad resolutoria, orientando a la organización de los servicios que permitan la resolución de las necesidades de la población demandante, garantizando los derechos a una mejora en el estado de salud de la población.</p> <p>Asimismo, permite identificar las limitaciones y problemas relacionados a estas implementando acciones de mejora en los procesos de atención y en las capacidades del personal de salud.</p>								
<b>Formula del Indicador</b>	$\frac{\sum \text{ de Días de espera para obtener la atención médica por cada paciente referido (desde que la solicitud de referencia es aceptada hasta que es atendido) en un periodo (*)}{\text{N}^{\circ} \text{ Total de pacientes atendidos por referencia en consulta externa en el mismo periodo (**)}}$ <p>*Referencia aceptada: Solicitud de referencia que ha sido "Aceptada" por el EE.SS. destino en el aplicativo REFCON</p> <p>**Paciente atendido por referencia en consulta externa: Fecha en que el paciente ha sido atendido en el EE.SS. destino en el aplicativo REFCON</p>								
<b>Construcción del indicador</b>	<p><b>Numerador.</b> – Es la sumatoria de los días de espera para obtener una atención médica por cada paciente referido, desde la fecha registrada en el campo de "Fecha_aceptación" (cuya fecha de aceptación se tomará hasta un año previo al periodo a evaluar) en el REFCON hasta la fecha de atención en Consulta Externa en un periodo de tiempo, cuya fecha es registrada en el campo de "Fecha_Paciente_recibido" en el REFCON</p> <p><b>Denominador.</b> – Es el número total de pacientes atendidos en el EE.SS. destino que registran fecha en la columna de "Fecha_Paciente_recibido" y en la columna de "Fecha_aceptación" (cuya fecha de aceptación se tomará hasta un año previo al periodo a evaluar) en el REFCON en el mismo periodo de tiempo.</p>								
<b>Valor umbral</b>	Valor del año previo								
<b>Logro esperado</b>	<p>Disminuir en relación con el valor umbral, según los siguiente:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Disminución</th> <th>% Peso Ponderado</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>11% – 15%</td> <td>60%</td> </tr> <tr> <td>16% – 20%</td> <td>80%</td> </tr> <tr> <td>&gt;21%</td> <td>100%</td> </tr> </tbody> </table> <p>*Los establecimientos que tengan un tiempo de espera menor e igual a diez días (<math>\leq 10</math>), deben mantener ese tiempo de espera para cumplir con el logro esperado.</p>	Disminución	% Peso Ponderado	11% – 15%	60%	16% – 20%	80%	>21%	100%
Disminución	% Peso Ponderado								
11% – 15%	60%								
16% – 20%	80%								
>21%	100%								



Formado digitalmente por OLIVERO VALES Lora Registrado FDU  
00131372037 Inval  
Módulo: Clave "1"  
Fecha: 12.12.2023 09:32:08 -05:00



<b>Cálculo del porcentaje del cumplimiento</b>	$\frac{(\text{Logro alcanzado} - \text{Valor umbral})}{(\text{Logro esperado} - \text{Valor umbral})} \times 100$
<b>Frecuencia de medición</b>	Anual
<b>Fuente de Datos</b>	<b>Numerador:</b> Dato extraído de la columna de "Fecha_aceptación" y de la columna de "Fecha_Paciente_recibido" en el Aplicativo REFCON. <b>Denominador:</b> Dato extraído de la columna de "Fecha_Paciente_recibido" en el Aplicativo REFCON
<b>Área responsable técnica</b>	Dirección General de Operaciones en Salud
<b>Área responsable de la información</b>	Oficina General de Tecnologías de la Información.
<b>Notas</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. La actualización del algoritmo de programación (script) corresponde al MINSA.</li> <li>2. La actualización de la ficha técnica durante la vigencia del dispositivo que lo aprueba corresponde al MINSA, la misma que se puede dar por modificaciones normativas y situaciones de emergencia.</li> <li>3. Para extraer la información de los días de espera en el aplicativo REFCON se restará entre los datos de la columna de "fecha de aceptación" y de la columna de "fecha de recibido", así como al valor resultante se le restará los domingos debido a que Consulta Externa no se encuentra disponible en dichos días.</li> </ol>





PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital De Apoyo II-2 Sullana

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



PERÚ

Ministerio de Salud

## FICHA N°31: Disponibilidad de Medicamentos Esenciales (DME)

<b>Nombre</b>	Porcentaje de Disponibilidad de Medicamentos Esenciales (DME)
<b>Tipo</b>	Indicador de Desempeño
<b>Ambito de Evaluación</b>	DIRIS/DIRESA/GERESA, Redes de Salud, Hospitales con y sin población asignada e Institutos Especializado (unidades ejecutoras)
<b>Definición</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Este indicador mide la disponibilidad de medicamentos esenciales con un stock mayor o igual a 2 meses de existencia del consumo promedio mensual ajustado (CPMA), en los establecimientos de salud del Ministerio de Salud (MINSA) y de los Gobiernos Regionales. Se mide en Meses de Stock Disponible (MSD).</li> <li>- Enténdase el uso de término "medicamentos" corresponde a "productos farmacéuticos".</li> </ul>
<b>Justificación</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La Ley N° 29459, de "Los Productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios establece en su numeral 5 del artículo 3 el principio de accesibilidad a estos productos, señalando: "La Salud es considerada como un derecho fundamental de las personas. El acceso al cuidado de la salud incluye el acceso a productos farmacéuticos y dispositivos médicos. Constituye un requisito para lograr este derecho: tener el producto disponible y asequible en el lugar y momento en que sea requerido". De la precitada Ley, en el artículo 27, del Acceso universal a los productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios establece: "El Estado promueve el acceso universal a los productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios como un componente fundamental de la atención integral en salud, particularmente en las poblaciones menos favorecidas económicamente".</li> <li>- La medición de la Disponibilidad de Medicamentos Esenciales (DME) en los EESS del MINSA y de las GORES es un indicador de resultado de la gestión realizada en el Sistema de Suministro Público de Medicamentos Esenciales, de acuerdo al nivel de atención y a la cartera de servicios que brindan las Instituciones evaluadas.</li> </ul>
<b>Fórmula del indicador</b>	<p>El resultado del indicador de Disponibilidad de Medicamentos Esenciales (DME) de cada DIRIS, DIRESA, GERESA, Red de Salud, Hospital con y sin población asignada e Instituto Especializado, se determinará mediante el promedio de la DME alcanzada en cada mes (construcción del indicador: Paso del 1 al 5) del año evaluado (12 meses) y se calcula de la siguiente manera:</p> $\%DME \text{ (Anual)} = \frac{\text{Suma de la DME (mensual)}}{12}$
<b>Construcción del indicador</b>	<p><b>Alcances:</b></p> <p><b>Criterios de inclusión:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Medicamentos Esenciales considerados en el Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales (PNUME) y listas complementarias vigentes.</li> <li>- EESS registrados en RENIPRESS y en el Catálogo de prestadores del SISMED del MINSA y Gobiernos Regionales (gestionados por la DIRESA/GERESA/DISA/DIRIS).</li> <li>- Medicamentos en condición de SIN ROTACIÓN, solo se considera a los medicamentos vitales establecida por norma sanitaria vigente. (Resolución Ministerial N°1288-2018-MINSA).</li> </ul> <p><b>Criterios de exclusión</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Medicamentos de las Intervenciones Sanitarias correspondientes a programas presupuestales, que en el catálogo SISMED se encuentran codificados con la sigla "E".</li> <li>- Stocks de los Almacenes Especializados de las DIRESA, GERESA, DIRIS y Red de Salud.</li> <li>- Productos farmacéuticos que han sido adquiridos para atención de pacientes por única vez y productos no disponibles en el mercado nacional, previo informe que sustente lo antes mencionado. Este informe debe ser presentado a la DIGEMID la primera semana posterior al mes a evaluar, el mismo que será considerado de acuerdo con el resultado de su evaluación.</li> </ul> <p><b>Nota:</b> Para los medicamentos que corresponden a soluciones de gran volumen (igual o mayor 1 litro) por ejemplo: Cloruro de Sodio, Dextrosa, Dextrosa + Sodio Cloruro, entre otros; la disponibilidad se considerará con un MSD de 1 mes.</p> <p>Listado de medicamentos esenciales de gran volumen el mismo que es actualizado de presentarse el caso, ruta para acceder al Drive: <a href="https://drive.google.com/drive/folders/1dZ52UqzGUOLgqRZ21DT9sYD6hY8cePj5?usp=sharing">https://drive.google.com/drive/folders/1dZ52UqzGUOLgqRZ21DT9sYD6hY8cePj5?usp=sharing</a></p>



MinSA  
 Firmado digitalmente por QUIROZ AVILES Luis Napoleon FAU  
 2023.10.24 17:46:07  
 MÓDULO CDS V 01  
 Fecha: 12/10/2023 20:33:41 -05:00

**Pasos para la construcción del indicador:**

**I.- Numerador del indicador.** - Para la construcción del numerador se realiza los siguientes pasos previos:

**1ro.** - Se fusionan los códigos SISMED de los productos farmacéuticos de igual Denominación Común Internacional (DCI), concentración, forma farmacéutica, vía de administración y que tienen diferentes presentaciones (Rangos según criterios establecidos por la DIGEMID), manteniendo el código SISMED de mayor rotación: Ejemplo: Suspensiones orales (Amoxicilina 250mg/5ml x 60ml/ Amoxicilina 250mg/5ml x 120ml etc.), inyectable (con y sin diluyente) y otros juicios de acuerdo a precisiones técnicas a cargo de DIGEMID.

Listado de medicamentos esenciales fusionados el mismo que es actualizado de presentarse el caso, ruta para acceder al Link:

[https://www.digemid.minsa.gob.pe/Archivos/PortalWeb/Informativo/ Acceso/Sismed/Gestores/CODI\\_GOS\\_FUSIONADOS\\_2023\\_07\\_V0.2.XLSX](https://www.digemid.minsa.gob.pe/Archivos/PortalWeb/Informativo/ Acceso/Sismed/Gestores/CODI_GOS_FUSIONADOS_2023_07_V0.2.XLSX)

**2do.** - Se calcula el Consumo Promedio Mensual Ajustado (CPMA) para cada medicamento

$$= \frac{\text{Suma de unidades consumidas en los últimos 12 meses}^{**}}{\text{N}^{\circ} \text{ de meses que registran consumo en los últimos 12 meses en el ICI}}$$

**3ro.** - Se calcula los Meses de Stock Disponible (MSD) para cada medicamento:

$$= \frac{\text{Stock del medicamento a la fecha de corte}^{**}}{\text{Consumo Promedio Mensual Ajustado (CPMA) del medicamento}}$$

\*\*Al cierre de corte de información, para la medición, el dato debe estar registrado en la base del SISMED.

Pudiendo dar los siguientes resultados:

Desbastecido	MSD: = 0	Sobrestock	MSD: > 6
Substock	MSD: > 0 y < 2	Sin rotación	Stock > 0 y CPMA = 0
Normostock	MSD: >= 2 hasta <= 6	Sin consumo	Stock = 0 y CPMA en los últimos 4 meses = 0

**4to.** - Cálculo de la disponibilidad mensual de los medicamentos esenciales

**% DISPONIBILIDAD DE MEDICAMENTOS ESENCIALES (DME) EN EL EESS**

$$= \frac{\text{N}^{\circ} \text{ de items de medicamentos esenciales en condición de normostock, sobrestock y sin rotación}}{\text{N}^{\circ} \text{ total de items de medicamentos esenciales manejados en el EESS (Normostock, sobrestock, substock, desabastecido y sin rotación)}}$$

**5to.** - Cálculo de la disponibilidad mensual:

- El Hospital con y sin población asignada e Instituto Especializado la DME corresponde a su propia institución.
- Para DIRIS, GERESA, DIRESA y Redes de Salud será: El promedio de la DME alcanzado por sus Establecimientos de Salud de su jurisdicción.

$$DME(\text{mensual}) = \frac{DME(EESS1) + DME(EESS2) + DME(EESS3) + \dots + DME(EESSX)}{\text{Numero total de EESS}}$$

**II.- Denominador del indicador.** - Serán los 12 meses del año evaluado.

**Valor umbral**

Mayor e igual al 80% DME





PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital De Apoyo II-2 Sullana

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



PERÚ

Ministerio de Salud

<b>Logro esperado</b>	Mayor e igual al 90% DME
<b>Cálculo del porcentaje del cumplimiento</b>	$\% \text{ Cumplimiento} = \frac{\text{Logro alcanzado} - \text{valor umbral}}{\text{Logro esperado} - \text{valor umbral}} \times 100$ <p>Si cumple con el logro esperado se dará el 100% del puntaje caso contrario será prorrateado según el cálculo entre el valor umbral y el logro alcanzado.</p>
<b>Frecuencia de medición</b>	Mensual. El resultado final del indicador será, el promedio simple de las mediciones mensuales del año a evaluar.
<b>Fuente de Datos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Informe de Consumo Integrado (ICI) remitido a través del aplicativo informático SISMED, de acuerdo al plazo establecido en el cronograma oficial comunicado por la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas (DIGEMID).</li> <li>- El ICI recoge información de consumos y stocks de los EESS, los mismos que se utilizan para efectuar el cálculo del Consumo Promedio Mensual Ajustado (CPMA) y los Meses de Stock Disponible (MSD), determinando los niveles de disponibilidad de cada EESS.</li> </ul>
<b>Área responsable técnica</b>	Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas - DIGEMID
<b>Área responsable de la información</b>	OGTI(MINSA)- DIGEMID



Formado digitalmente por 230802  
AVELOS Luis Rodriguez FAJ  
2023/12/20 10:12:07  
Módulo: Cero y 0  
Fecha: 12/20/23 20:35:12 -05:00



## Ficha N° 32 – Porcentaje de personal registrado en el aplicativo del Registro Nacional de Personal de la Salud sin inconsistencias de información.

<b>Nombre</b>	Porcentaje de personal registrado en el aplicativo del Registro Nacional de Personal de la Salud sin inconsistencias de información.
<b>Tipo</b>	Indicador de desempeño
<b>Ámbito de evaluación</b>	DIRESAS/GERESAS/DIRIS, Red de Salud, Hospitales del II y III nivel de atención (con y sin población asignada) e Institutos que tengan el rol de unidad ejecutora.
<b>Definición</b>	Porcentaje de personal registrado en el aplicativo del Registro Nacional de Personal de la Salud sin inconsistencias de información.
<b>Justificación</b>	<p>El Registro Nacional del Personal de la Salud (INFORHUS) comprende un conjunto de datos de los recursos humanos en salud, los cuales se encuentran sistematizados, con el objeto de obtener información detallada y actualizada a nivel nacional, regional y local.</p> <p>La información obtenida sirve de base para la evaluación, formulación y seguimiento de las políticas públicas en materia de recursos humanos en salud; así como la proyección de costos para transferencias presupuestales y otros.</p> <p>En este orden de ideas, los registros inconsistentes generan sesgos de información y sesgos de medición, los que potencialmente puede producir errores en la interpretación de los indicadores de las políticas de recursos humanos, afectándolos de forma positiva (sobrestimación) o negativa (subestimación).</p> <p>El presente indicador de desempeño permitirá mejorar la calidad de la información contenida en el Registro Nacional del Personal de la Salud, consecuentemente, la información que se genera permitirá una aproximación más certera respecto a los indicadores vinculados a las políticas de recursos humanos en salud.</p>
<b>Formula del indicador</b>	$1 - \left( \frac{\text{Número de registros del INFORHUS del personal que labora bajo los alcances de los Decretos Legislativos N° 276, N° 1153, N° 1057 y N° 728 marcados como inconsistentes}}{\text{Total de registros del INFORHUS del personal que labora bajo los alcances de los Decretos Legislativos N° 276, N° 1153, N° 1057 y N° 728}} \right) \times 100$
<b>Construcción del indicador</b>	<p>Para la construcción del indicador, el numerador se determinará por la variable <i>registro inconsistente</i><sup>3</sup>, la misma que será registrada por el equipo técnico de la Dirección General de Personal de la Salud luego de la ejecución de los procesos de consistencia interna (contraste INFORHUS - INFORHUS) y externa (contraste INFORHUS - AIRHSP) de los registros que conforman el Registro Nacional del Personal de la Salud.</p> <p>Por su parte, el denominador estará determinado por el total de registros del personal que labora bajo los alcances de los Decretos Legislativos N° 276, N° 1153, N° 1057 y N° 728 que se encuentren consignados en el INFORHUS.</p>
<b>Valor umbral</b>	NA
<b>Logro esperado</b>	≥ 95% (Mayor o igual noventa y cinco por ciento)





<b>Cálculo del porcentaje de cumplimiento</b>	La evolución del porcentaje de cumplimiento se determinará de forma <b>dicotómica</b> ; es decir, se asignará el 100% de los puntos asignados si el promedio de los doce meses de evaluación es mayor o igual al 95% de registros con inconsistencias, todo promedio menor a dicho número se considera como no cumplimiento, por lo que, en dichos casos, se asignaran 0 puntos.
<b>Frecuencia de medición</b>	Mensual
<b>Fuente</b>	Aplicativo informático del Registro Nacional del Personal de la Salud (INFORHUS)
<b>Área responsable técnica</b>	DIGEP
<b>Área responsable de información</b>	DIGEP
<b>Notas</b>	<p><sup>1</sup> Un registro inconsistente se define como todo registro que contenga alguno de los siguientes criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Recurso Humano en Salud con tipo de documento DNI que no fue validado por RENIEC o con otro tipo de documento sin especificación de nacionalidad.</li> <li>• Cargo no corresponde con nivel remunerativo</li> <li>• Cargo no corresponde con la profesión según nombramiento o contrato.</li> <li>• Personal nombrado sin fecha de nombramiento o con fecha de nombramiento inconsistente.</li> <li>• Registro nivel remunerativo AIRHSP inconsistente con nivel PLH.</li> </ul>



Firmado digitalmente por QUEROZ AULES Luis Rogelio (TAJ)  
20131373237.ead  
Módulo: Doy V. B  
Fecha: 12/12/2023 20:37:15 -05:00



PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital De Apoyo II-2 Sullana

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



PERÚ

Ministerio de Salud

Ficha N°33: Utilización de los servicios de telemedicina (TELEINTERCONSULTAS<sup>2</sup>, TELECONSULTAS<sup>3</sup>, TELEMONITOREO<sup>4</sup>)

<b>Nombre</b>	Tasa de utilización de los servicios de telemedicina.
<b>Tipo</b>	Indicador de desempeño
<b>Ambito de evaluación.</b>	Establecimientos del primer nivel de atención (*), hospitales con y sin población asignada e Institutos.
<b>Definición</b>	Los indicadores se enfocan a evaluar la amplitud de las prestaciones de telemedicina. Para el primer nivel de atención se medirá la utilización de teleinterconsulta, teleconsulta y telemonitoreo, destinadas a una población específica, mientras que para el segundo y tercer nivel de atención se evaluará las interconsultas realizadas por los establecimientos de salud en calidad de consultor/consultante según corresponda.
<b>Justificación</b>	<p>La Telesalud desempeña un papel fundamental al promover el acceso y mejorar la atención médica, lo que resulta en la reducción de la brecha de acceso a los servicios de salud, principalmente en la población que presenta limitaciones de acceso geográfico, económico, cultural y otros. La Telemedicina, como un componente clave de la atención de salud a distancia, engloba la promoción de la salud, la prevención, el diagnóstico, el tratamiento, la recuperación, la rehabilitación y los cuidados paliativos, permitiendo una atención continua y equitativa. Además, se alinea con las prioridades nacionales de salud, incluyendo el abordaje de enfermedades no transmisibles y la atención de la salud mental, contribuyendo significativamente a mejorar la calidad de vida a la población y ampliando la cobertura de atención, mediante el uso de las tecnologías de la información (TIC)</p> <p>Cabe indicar que previo a la pandemia por el COVID-19, las tendencias reflejaban un uso limitado de la Telesalud tanto por el personal de la salud como por los usuarios de salud. Sin embargo, la pandemia por el COVID-19, generó un cambio disruptivo en la asistencia remota dado la necesidad de la continuidad de los servicios asistenciales, en la telecapacitación y gestión profesional, como en la educación en salud a la población, mediante las tecnologías de la información y comunicación. Posterior a la pandemia se observa la disminución en la utilización de este servicio en los establecimientos de salud de la Red Nacional de Telesalud, lo que conlleva a buscar estrategias que permitan que se continúe adoptando y masificando esta modalidad de atención en establecimientos de salud así como la formalización respectiva de este servicio.</p> <p>En consecuencia, es fundamental fomentar la adopción y el uso de la telemedicina, impulsando a los establecimientos de salud pertenecientes de la Red Nacional de Telesalud a seguir fortaleciendo la oferta de estos servicios como el telemonitoreo la teleinterconsulta y la teleconsulta, para la mejora de la atención médica y la ampliación de su alcance en beneficio de la población.</p>
	<p><b>A. Establecimientos de salud de salud primer nivel de atención y Hospitales con población asignada.</b></p> <p><b>a.1 Teleinterconsulta:</b> Número de atenciones<sup>2</sup> por teleinterconsulta, identificadas mediante un código único, brindado por el establecimiento de salud</p> <p>----- x</p> <p style="text-align: center;"><b>100</b></p> <p style="text-align: center;">Población adscrita al establecimiento de salud</p> <p><b>a.2 Teleconsulta:</b> Número de atenciones por teleconsulta, identificadas mediante un código único, brindado por el establecimiento de salud</p> <p>----- x</p> <p style="text-align: center;"><b>100</b></p> <p style="text-align: center;">Población adscrita al establecimiento de salud</p>

  
 Formado digitalmente por: QUIRQUE  
 AVILES Luis Nazario FAU  
 20131375237 Ident  
 Motivo: C19 v. 2  
 Fecha: 12-12-2023 21:38:26:05:00

<sup>1</sup> **Teleinterconsulta:** Es la consulta o atención médica a distancia de TIC, que realiza un personal de salud de un establecimiento de salud con un personal de otro establecimiento de salud, a través de un medio de comunicación, para brindar atención de salud.

<sup>2</sup> **Atención:** Es la atención o prestación de un servicio de salud, que incluye el diagnóstico, la prevención, el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos, brindados por un profesional de la salud, en el momento de la consulta, con un personal de otro establecimiento de salud, a través de un medio de comunicación, para brindar atención de salud.

<sup>3</sup> **Teleconsulta:** Es la consulta o atención médica a distancia de TIC, que realiza un personal de salud de un establecimiento de salud con un personal de otro establecimiento de salud, a través de un medio de comunicación, para brindar atención de salud.

<sup>4</sup> **Telemonitoreo:** Es la monitorización o supervisión de la salud de un paciente, a través de un medio de comunicación de TIC, para brindar atención de salud, a través de un medio de comunicación de TIC, para brindar atención de salud.

\* Abreviaturas: Atención Primaria - Paciente Nuevo - Paciente Reingresado - Paciente Continuo



	<p><b>a.3 Telemonitoreo:</b> Número de atenciones por telemonitoreo (considerando para la evaluación los códigos de trastornos hipertensivos, trastornos en salud mental, diabetes mellitus, y anemia). ----- x 100 Población adscrita al establecimiento de salud</p> <p><b>B. Hospitales sin población asignada del II y III nivel de atención e Institutos.</b></p> <p>Número de atenciones por teleinterconsulta identificadas mediante código único, brindado por el establecimiento de salud consultor. ----- x <b>100</b> Número de atenciones realizadas en el establecimiento de salud por cualquier motivo de consulta.</p>
<p><b>Construcción del indicador</b></p>	<p><b>PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN Y HOSPITALES CON POBLACION ASIGNADA:</b></p> <p><b>Teleinterconsulta</b> <b>Numerador:</b> Número de atenciones en el año por telemedicina (teleinterconsulta) identificadas mediante un código único y registrado con código de procedimiento(CPMS) 99499.11 teleinterconsulta sincrónica, 99499.12 teleinterconsulta asincrónica brindado por el establecimiento de salud con cartera de servicios de salud que incluye servicios de telemedicina, publicado en RENIPRESS a diciembre 2023. Establecimiento de salud consultante LAB 1 y/o consultor LAB 2 según corresponda, asimismo se debe consignar en la línea del código del procedimiento de teleinterconsulta la "D" correspondiente a definitivo. Para efectos de los Convenios de Gestión 2024 la teleinterconsulta para primer nivel de atención se considerará en el numerador el número de atenciones de teleinterconsulta realizado por profesional médico registrado en el HIS-MINSA con id_colegio = 01.</p> <p><b>Denominador:</b> Población adscrita al establecimiento de salud de acuerdo a la publicación del Repositorio Único de Información en Salud (REUNIS) <a href="https://www.minsa.gob.pe/reunis/data/poblacion_asignada.asp">https://www.minsa.gob.pe/reunis/data/poblacion_asignada.asp</a></p> <p><b>Teleconsulta</b> <b>Numerador:</b> Número de atenciones en el año por telemedicina (teleconsulta), identificadas mediante un código único y registrado con código de procedimiento(CPMS) 99499.01 teleconsulta sincrónica, 99499.03 teleconsulta asincrónica brindado por el establecimiento de salud con cartera de servicios de salud que incluye servicios de telemedicina, publicado en RENIPRESS a diciembre 2023, asimismo, se debe consignar en la línea del código del procedimiento de teleconsulta "D" correspondiente definitivo en la hoja HIS-MINSA</p> <p><b>Denominador:</b> Población adscrita al establecimiento de salud de acuerdo a la publicación del Repositorio Único de Información en Salud (REUNIS) <a href="https://www.minsa.gob.pe/reunis/data/poblacion_asignada.asp">https://www.minsa.gob.pe/reunis/data/poblacion_asignada.asp</a></p> <p><b>Telemonitoreo</b> <b>Numerador:</b> Número de atenciones en el año brindado por el establecimiento de salud (máximo 24 atenciones por usuario de telesalud) por telemonitoreo en trastornos hipertensivos, diabetes mellitus, trastornos en salud mental y anemia considerando listado CIE X y registrado con código de procedimiento 99499.10 Telemonitoreo, asimismo se debe consignar en la línea del código del procedimiento del Telemonitoreo la "D" correspondiente a definitivo. Para efectos de los Convenios de Gestión 2024, el telemonitoreo será considerado para todos los establecimientos de salud del primer nivel de atención.</p> <p><b>Denominador:</b> Población adscrita al establecimiento de salud de acuerdo a la publicación del Repositorio Único de Información en Salud (REUNIS) <a href="https://www.minsa.gob.pe/reunis/data/poblacion_asignada.asp">https://www.minsa.gob.pe/reunis/data/poblacion_asignada.asp</a></p> <p><b>TRASTORNOS HIPERTENSIVOS:</b> I10, X - I12.9, O10.0 - O10.9, O13, X - O14.9, O16, X</p> <p><b>DIABETES MELLITUS</b></p>

  
**MINSA**  
 Firmado digitalmente por QUIROZ  
 AYLEE Liza Neiza en FAU  
 20131375827 para  
 Muestra Doc V D  
 Fecha: 12.12.2023 09:40:32 -05:00



PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital De Apoyo II-2 Sullana

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



PERÚ

Ministerio de Salud

	<p>E10.0 – E14. X, O24.0 – O24.9</p> <p><b>TRASTORNOS EN SALUD MENTAL</b></p> <p>Trastorno y episodio depresivo: F20.4, F32.0 – F32.9, F33.0 – F33.9          Trastornos de la ansiedad: F06.4, F40.0 - F41.9, F93.0 - F93.2          Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alcohol: F10.0 – F10. X          Trastorno de consumo de sustancias: F11 – F19 (con los caracteres .1, .2, .3, .4 y .6) Trastorno psicótico: F20.0 – F20.9, F23.0 – F23.9, F28. X, F29. X, F53.1          Maltrato infantil, Violencia familiar o intrafamiliar: T74.0 – T74.9, Y04.0, Y04.1, Y04.2, Y04.8, Y04.9, Y06.0, Y06.1, Y07.0, Y06.8, Y07.1, Y07.8, Y07.9</p> <p><b>ANEMIA</b></p> <p>D50 Anemia por carencia de hierro          D51 Anemia por carencia de vitamina B12          D52 Anemia por carencia de ácido fólico          D53 Otras anemias carenciales          D55-D59 Anemia hemolítica          D60-D64 Aplasia y otras anemias</p> <p><b>HOSPITALES DEL II Y III NIVEL DE ATENCIÓN (SIN PÓBLACION ASIGNADA) E INSTITUTOS:</b></p> <p><b>Teleinterconsulta</b>  <b>Numerador:</b> Número de atenciones en el año por telemedicina (teleinterconsulta) identificadas mediante un código único y registrado con código de procedimiento (CPMS) <b>99499.11</b> teleinterconsulta sincrónica, <b>99499.12</b> teleinterconsulta asincrónica, brindado por el establecimiento de salud consultante LAB 1 y/o consultor LAB 2 según corresponda, asimismo, se debe consignar en la línea del código del procedimiento de teleinterconsulta la "D" correspondiente a definitivo.</p> <p><b>Denominador:</b> Número de atenciones realizadas en el establecimiento de salud por cualquier motivo de consulta obtenida del registro en el HIS-MINSA.</p>																		
Valor Umbral	Valor obtenido del año anterior																		
Logro esperado	<p><b>I nivel de atención y II nivel con población asignada.</b></p> <p>Población adscrita al establecimiento de salud de acuerdo a lo siguiente          Habitantes &lt; a 1,000, se considerará una tasa x 100 Hbts          Habitantes &lt; a 10,000, se considerará una tasa x 1,000 Hbts          Habitantes &lt; a 100,000, se considerará una tasa x 10,000 Hbts.          Habitantes &gt;=100,000, se considerará una tasa x 100,000 Hbts.</p> <p>De acuerdo a la población asignada se considerará el siguiente incremento de la tasa de 2, 3 y 10 del valor umbral. Como se detalla en la siguiente tabla:</p> <table border="1" data-bbox="531 1393 1316 1559"> <thead> <tr> <th></th> <th>Poblacion Asignada</th> <th>(Tasa de atenciones en teleinterconsulta) x 100, 1000, 10000, 100000</th> <th>(Tasa de atenciones en teleconsulta) x 100, 1000, 10000, 100000</th> <th>(Tasa de atenciones en telemonitoreo) x 100, 1000, 100000</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="3">I NIVEL</td> <td>&lt;=15,000</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>15,001 hasta 30,000</td> <td>3</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>&gt;=30,001</td> <td>10</td> <td>2</td> <td>10</td> </tr> </tbody> </table> <p><b>Teleinterconsulta</b>          Para el caso de los establecimientos de salud con umbral 0, considerar lo siguiente:          Población asignada &lt;=15,000, su tasa será (50).          Población asignada de 15,001 a 30,000, su tasa será (60).          Población asignada de &gt;=30,001, su tasa será (90).</p> <p><b>Ponderación en el I nivel de atención y II nivel con población asignada:</b></p>		Poblacion Asignada	(Tasa de atenciones en teleinterconsulta) x 100, 1000, 10000, 100000	(Tasa de atenciones en teleconsulta) x 100, 1000, 10000, 100000	(Tasa de atenciones en telemonitoreo) x 100, 1000, 100000	I NIVEL	<=15,000	2	2	2	15,001 hasta 30,000	3	2	3	>=30,001	10	2	10
	Poblacion Asignada	(Tasa de atenciones en teleinterconsulta) x 100, 1000, 10000, 100000	(Tasa de atenciones en teleconsulta) x 100, 1000, 10000, 100000	(Tasa de atenciones en telemonitoreo) x 100, 1000, 100000															
I NIVEL	<=15,000	2	2	2															
	15,001 hasta 30,000	3	2	3															
	>=30,001	10	2	10															

  
 MINSA  
 Firmado digitalmente por QUEROZ AVILES Luis Robinson FAU  
 2013/12/22 12:37:44  
 Motivo: Otro  
 Fecha: 12/22/2023 20:41:56 -05:00



Teleinterconsulta	Teleconsulta	Telemonitoreo	Total
60	10	30	100

Si no ha realizado el servicio de teleconsulta, el valor ponderado de este servicio, se suma al valor de teleinterconsulta haciendo un total de 70.

Para el caso del servicio de telemonitoreo realizado por el establecimiento de salud que no se encuentren en la lista del RENIPRESS con cartera de servicio de salud a diciembre 2023 se considerara el ponderado de 100.

**II y III nivel de atención (sin población asignada)**

Nro de atenciones en salud registradas en el establecimiento de salud de acuerdo a lo siguiente.

Atenciones en salud < a 1,000, se considerará una tasa x 100 At.  
 Atenciones en salud < a 10,000, se considerará una tasa x 1000 At.  
 Atenciones en salud < a 100,000, se considerará una tasa x 10,000 At.  
 Atenciones en salud >= 100,000, se considerará una tasa x 100,000 At.

De acuerdo a las atenciones se considerará el siguiente incremento de la tasa de 2 y 3 del valor umbral. Como se detalla en la siguiente tabla

Atenciones en salud	(Tasa de atenciones en teleinterconsulta) x 100, 1000, 10000, 100000
II NIVEL	2
III NIVEL	3

Establecimientos de salud del segundo nivel de atención con producción (0) en el 2022, su tasa será (50).  
 Establecimientos de salud del tercer nivel de atención con producción (0) en el 2022, su tasa será (60).

**Ponderación para el II y III nivel de atención.**

Teleinterconsulta
100

<b>Cálculo del porcentaje de cumplimiento</b>	$\frac{(\text{Logro alcanzado} - \text{Valor umbral})}{(\text{Logro esperado} - \text{Valor umbral})} \times 100$
<b>Frecuencia de medición</b>	Anual
<b>Fuente de datos</b>	HIS-MINSA, REUNIS
<b>Área responsable técnica</b>	La Dirección General de Telesalud Referencia y Urgencia (DIGTEL), a través de la Dirección de Telemedicina (DITEL).
<b>Área responsable de información</b>	Oficina General de Tecnologías de la Información, Dirección de Telemedicina (DITEL) de la Dirección General de Telesalud Referencia y Urgencia (DIGTEL)





PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital De Apoyo II-2 Sullana

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



PERÚ

Ministerio de Salud

Notas	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Para los establecimientos de salud del tercer nivel que brindan servicio de teleconsulta deberán remitir informe de sustento a la DIGTEL-DITEL para la inclusión como parte del logro alcanzado.</li> <li>2. Para los establecimientos de salud del tercer nivel que realicen teleinterconsultas como IPRESS consultante previo informe remitido a la DIGTEL-DITEL será considerado como parte del logro alcanzado.</li> <li>3. Los establecimientos de salud sujetos a evaluación deben contar con al menos 01 recurso humano capacitado en el Curso de Telesalud o Diplomado en Gestión de la Telemedicina certificado por Escuela Nacional de Salud Pública ENSAP. La data nominal de los profesionales que se certifican en el Curso de Telesalud o Diplomado en Gestión de la Telemedicina de la Escuela Nacional de Salud Pública será brindado por la Escuela Nacional de Salud Pública ENSAP.</li> <li>4. La actualización de la ficha técnica durante la vigencia del dispositivo que lo aprueba corresponde al MINSA, la misma que se puede dar por modificaciones normativas o situaciones de emergencia.</li> <li>5. (*) Incluye a Centros de Salud Mental Comunitario</li> </ol>
-------	---



Firmado digitalmente por QUERUCZ AULES-Luis Napoleón FAJ 20131373237/and  
Módulo: Oxy V" B"  
Fecha: 12.12.2022 21:02:00 -05:00





PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital De Apoyo II-2 Sullana

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



PERÚ

Ministerio de Salud

Ficha N°38: Fortalecimiento de las acciones de promoción y protección de la lactancia materna (Certificación de establecimientos de salud como Amigos de la Madre, la Niña y el Niño)

<b>Nombre</b>	Fortalecimiento de las acciones de promoción y protección de la lactancia materna (Certificación y/o actualización <sup>1</sup> de Establecimientos de Salud Amigos de la Madre, la Niña y el Niño).	
<b>Tipo</b>	Compromiso de mejora de los servicios de salud	
<b>Ámbito de evaluación</b>	DIRESA/GERESA/DIRIS, RED de salud y establecimientos de salud del I nivel de atención, Hospitales del II y III nivel de atención (con y sin población asignada) e Instituto (que brinden atención prenatal, atención del parto y atención del control CRED a menores de dos años).	
<b>Definición</b>	<p>El compromiso de mejora implica el desarrollo del conjunto de acciones establecidas por el MINSA para lograr la "Certificación de los Establecimientos de Salud Amigos de la Madre, la Niña y el Niño" (Directiva Administrativa N°201-MINSA/DGSP V.01, aprobada con Resolución Ministerial N°609-2014/MINSA y la incorporación de los Anexos 5, 5A, 5B, 6, 6A, 6B, 6C, 6D, 6E, 6F, 6G, 7, 7A, 7B, y 7.C, aprobada con Resolución Ministerial N°353-2016/MINSA).</p> <p>La DIRESA/GERESA/DIRIS/REDES, Institutos, Hospitales y establecimientos de salud que realizan acciones como: evaluaciones internas, plan de mejora, capacitaciones, evaluaciones externas, monitoreo y supervisión para mejorar la organización de los servicios y fortalecer las competencias del personal de salud para la adecuada implementación en el marco de lo dispuesto en la Directiva Administrativa N°201-MINSA/DGSP V.01, según corresponda.</p> <p>La DIRESA/GERESA/DIRIS/REDES, Institutos, Hospitales y establecimientos de salud que promueven y protegen la lactancia materna como práctica clave para reducir la morbilidad materno-infantil en las y los niñas hasta los dos años de vida contribuyendo al Desarrollo Infantil Temprano.</p>	
<b>Justificación</b>	<p>La evidencia actual indica que la lactancia materna es el método de alimentación infantil más seguro y saludable, además proporciona beneficios a corto y largo plazo al niño o niña, tanto en su estado nutricional, afectivo, de salud y desarrollo durante los primeros años de vida e incluso en periodos posteriores, extendiendo estos beneficios a la madre, la familia y la comunidad.</p> <p>En el Perú según la ENDES, la proporción de menores de seis (06) meses con lactancia materna a nivel nacional no mantiene un sustancial incremento, así tenemos que en el año 2016 se tuvo un porcentaje del 69.8% y en el 2022 un porcentaje de 65.9% (disminuyendo 3.9% en seis años), siendo las zonas rurales las que mantienen mayores porcentajes (76.7% en el año 2022), en comparación con las zonas urbanas (61.4% en el año 2022).</p> <p>En este contexto, el Ministerio de Salud asume su rol rector y en mérito del cumplimiento de compromisos establecidos y en concordancia con la Estrategia Mundial para la Alimentación del Niño Pequeño, la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño, de acuerdo a las recomendaciones del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna y en el marco de sus políticas y normativas sectoriales como el Reglamento de Alimentación Infantil aprobado con Decreto Supremo N° 009-2006-SA, promueve, protege y apoya la lactancia materna, considerada como la primera y mejor práctica de alimentación y a la leche materna como la principal fuente de alimentación de niños y niñas hasta los veinticuatro (24) meses de vida.</p>	
<b>Logro esperado</b>	<p><b>PARA DIRESA/GERESA/DIRIS</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Si en el ámbito cuentan con 100 EESS o menos, la meta a alcanzar será el 30% de EESS certificados y/o con certificación vigente.</li> <li>Si en ámbito cuentan entre 101 a 300 EESS, la meta a alcanzar será del 15% de EESS certificados y/o con certificación vigente.</li> <li>Si en el ámbito cuentan entre 301 a 500 EESS la meta a alcanzar será del 9% de EESS certificados y/o con certificación vigente.</li> <li>Si en el ámbito cuentan con 500 a más EESS, la meta a alcanzar será del 5% de EESS certificados o con certificación vigente.</li> </ol> <p><b>Fuente Auditable:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Informe anual de cumplimiento de compromiso de mejora de los servicios, en los que se detalle el total de hospitales y EESS existentes y aquellos que han logrado ser certificados y/o actualizados como amigos de la madre, la niña y</li> </ol>	100%



Firmado digitalmente por QUINZAVILES Luis Napoleón FAU  
20121173237 Perú  
Módulo: Dsp y S  
Fecha: 12/12/2023 20:48:32 -05:00

1 Directiva Administrativa N°201-MINSA/DGSP V.01, Item 3.1. Definición operativa: la "certificación" será una función de los sitios, finalizado este período debe ser actualizado.



	<p>el niño al 2024. El Informe, también debe contener un análisis resumen comparativo de los últimos 3 años de los siguientes indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Porcentaje de RN que reciben LM durante la primera hora a partir del nacimiento.</li> <li>• Porcentaje de RN que tienen contacto piel a piel durante una hora inmediatamente después de nacido.</li> <li>• Porcentaje de RN que tienen clampaje oportuno o pinzamiento tardío del cordón umbilical.</li> <li>• Porcentaje de niños de 0 a 6 meses que reciben Lactancia Materna Exclusiva.</li> <li>• Total, de nacimientos según tipo de parto.</li> <li>• Total, de consejería en lactancia materna realizadas por profesionales de la salud.</li> </ul> <p>3. Acto resolutivo de Certificación o actualización<sup>9</sup>, por un periodo de tres (03 años) a partir de la fecha registrada en el Acta Final de la Evaluación Externa (RM N°353-2016/MINSA, Anexo 7C), otorgado por la autoridad regional<sup>10</sup>, es publicado en el portal institucional de la DIRESA/GERESA/DIRIS/, según corresponda.</p>	
	<p><b>PARA REDES DE SALUD</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Si en el ámbito cuentan con 100 o menos EESS, la meta a alcanzar será el 30% de EESS con evaluación interna aprobada al II trimestre del 2024.</li> <li>2. Si en ámbito cuentan entre 101 y 300 EESS, la meta a alcanzar será del 15% de EESS con evaluación interna aprobada al II trimestre del 2024.</li> <li>3. Si en el ámbito cuentan entre 301 a 500 EESS la meta a alcanzar será del 9% de EESS evaluación interna aprobada al II trimestre del 2024.</li> <li>4. Si en el ámbito cuentan con 500 a más EESS, la meta a alcanzar será del 5% de EESS evaluación interna aprobada al II trimestre del 2024.</li> <li>5. Para Redes de Salud que tienen EESS Certificados en los últimos tres años, deben realizar visitas inopinadas al 10% de EESS para verificar el clampaje oportuno/pinzamiento tardío del cordón umbilical, contacto piel a piel y lactancia materna durante la primera hora del Recién Nacido.</li> <li>6. Para redes que no tienen EESS Certificados en los últimos tres años deben realizar Monitoreos al 20% de las UPPS de sus EESS utilizando el Anexo 4 de la Directiva Administrativa N°201-MINSA/DGSP V.01.</li> </ol> <p><b>Fuente auditable:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Informe anual del cumplimiento de compromiso de mejora de los servicios, en los que se incluye el Acta final de la evaluación interna aprobada (RM N°353-2016/MINSA, Anexo 7C), con firma y sello legible de los evaluadores internos y solicitud de evaluación externa dirigido al director general de la DIRESA/GERESA/DIRIS, según corresponda, con evidencia de trámite documentario o cargo de recepción, de cada uno de los establecimientos. En el Informe debe incluir un análisis de los indicadores, Monitoreos y/o Supervisión trimestral a las UPSS de <u>los EESS con Certificación vigente</u>, utilizando el Anexo 4 de la Directiva Administrativa N°201-MINSA/DGSP V.01, aprobada con Resolución Ministerial N°609-2014/MINSA.</li> </ol> <p><b>Nota:</b> La evaluación interna y la solicitud de evaluación externa, deben corresponder al I o II trimestre del año 2024. El periodo que transcurra entre evaluación interna y la solicitud de evaluación externa, no debe exceder 30</p>	100%



Firmado digitalmente por GILBERTO ALVAREZ LOPEZ NÚÑEZ FALCÓN  
201.01.01.02.001.001  
Módulo: Dpto N° 02  
Fecha: 12/12/2023 20:43:57 -05:00

<sup>9</sup> Según la RM N° 020-2014/MINSA, La certificación tiene una duración de tres años, renovándose por períodos iguales de actualización.  
<sup>10</sup> Solo para el Instituto Nacional Materno Perinatal y el Instituto Nacional de Salud del Niño Sede Arequipa, corresponde al Ministerio de Salud otorgar la Resolución Ministerial.



PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital De Apoyo II-2 Sullana

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



PERÚ

Ministerio de Salud

días calendario		
<p><b>PARA ESTABLECIMIENTO DE SALUD (I, II Y III NIVEL DE ATENCIÓN)</b></p> <p><b>A. Para Establecimientos de Salud NO Certificados o Actualizados</b> como "Establecimientos de Salud Amigos de la Madre, la Niña y el Niño".</p> <p>1. Evaluación interna aprobada, con puntaje de 80% o más.</p> <p><b>Fuente auditable:</b> Informe anual de cumplimiento de compromiso de mejora de los servicios, en el que se incluye el Acta Final de la evaluación interna aprobada (RM N°353-2016/MINSA, Anexo 7C), con firma y sello legible de los evaluadores internos y solicitud de evaluación externa dirigida al director general de la DIRESA/GERESA/DIRIS (Los EESS que dependen de la Red deberán solicitar la evaluación externa mediante los mismos), según corresponda, con evidencia de trámite documentario o cargo de recepción. La evaluación interna y la solicitud de evaluación externa, debe corresponder al I o II trimestre del año 2024. El periodo que transcurra entre evaluación interna y la solicitud de evaluación externa, no debe exceder 30 días calendario.</p> <p><b>B. Para Establecimientos de Salud Certificados o Actualizados</b> como "Establecimientos de Salud Amigos de la Madre, la Niña y el Niño", durante los tres (3) últimos años.</p> <p>1. Desarrollo de Acciones de Monitoreo<sup>11</sup> y/o Supervisión, cuatro (04) en el año, con un intervalo no menor de tres (03) meses, al 100% de UPSS<sup>12</sup>.</p> <p><b>Fuente auditable:</b></p> <p>1. Acto Resolutivo de Certificación o actualización, otorgado por la autoridad regional según corresponda<sup>13</sup>, vigente al 2024.</p> <p>2. Informe Anual de cumplimiento del compromiso de mejora de los servicios, en el que se incluye las actividades de <b>Monitoreo y/o Supervisión</b> realizada, adjuntando el resumen de las Fichas de Monitoreo aplicadas a cada UPSS (RM N°609-2014/MINSA, Anexo 04), <b>dirigido al director del Instituto, Hospital o Red</b> según corresponda, con evidencia de trámite documentario. El Plazo de envío de informe, no debe exceder 30 días de ejecutado la actividad.</p> <p>El Informe Anual también debe contener un análisis comparativo anual de los últimos 3 años de los siguientes indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Porcentaje de RN que reciben LM durante la primera hora a partir del nacimiento.</li> <li>• Porcentaje de RN que tienen contacto piel a piel durante una hora inmediatamente después de nacido.</li> <li>• Porcentaje de RN que tienen clampaje oportuno o pinzamiento tardío del cordón umbilical.</li> <li>• Porcentaje de niños de 0 a 6 meses que reciben Lactancia Materna Exclusiva.</li> <li>• Total de nacimientos según tipo de parto.</li> <li>• Total de consejerías en lactancia materna realizadas por profesionales de la salud.</li> </ul> <p>3. El Acto Resolutivo Directoral y/o Ministerial de Certificación o actualización,</p>		100%



Firmado digitalmente por DAVID AVILES Cruz Regalado (PA) 201013750237 Perú  
Módulo: Csp V. E.  
Fecha: 12.12.2023 20:45:00

11 Según Anexo 04 FICHA de Monitoreo de Calidad Materna, de la Directiva Administrativa N°011-0000000000-01 Directiva Administrativa para la Certificación de Establecimientos de Salud Amigos de la Madre, la Niña y el Niño.  
12 UPSS de consulta externa, UPSS centros de atención, UPSS centros de diagnóstico, UPSS unidades de cuidados intensivos, UPSS hospitalización, UPSS neonatal y pediátrico, UPSS atención de parto de la familia (Atención Institucional).  
13 Solo para el Instituto Nacional Materno Perinatal y el Instituto Nacional de Salud del Tercer Sector Salud, corresponde al Ministerio de Salud otorgar la Resolución Ministerial.



	son publicados en el portal institucional de la DIRESA/GERESA/DIRIS, RED, Hospital o Instituto, según corresponda.
<b>Frecuencia de medición</b>	Anual
<b>Fuente de datos</b>	Informe preparado por DIRESA/GERESA/DIRIS e Instituto, que contenga un análisis de la situación de los EESS y hospitales de su ámbito, según corresponda; con el <u>visto bueno</u> de la Dirección de Intervenciones por Curso de Vida y Cuidado Integral de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas de Salud Pública.  <b>Nota:</b> La DIRESA/GERESA/DIRIS e Instituto solicitará el visto bueno del Informe al MINSA, a través del Sistema de Gestión Documentaria teniendo como fecha límite hasta el 15 de diciembre del año 2024.
<b>Área responsable técnica</b>	Dirección General de Intervenciones Estratégicas de Salud Pública a través de la Dirección de Intervenciones por Curso de Vida y Cuidado Integral.
<b>Área responsable de información</b>	DIRESA/GERESA/DIRIS, RED, Instituto, Hospital, según corresponda.
<b>NOTAS</b>	3. Todas las fuentes auditables que se registran en el aplicativo para la evaluación y los que se publican en el portal institucional de la DIRESA/GERESA/DIRIS/Hospitales o Redes según corresponda, deben ser escaneados de los documentos originales o en su defecto copias legibles fedateadas. 4. La actualización de la ficha técnica durante la vigencia del dispositivo que lo aprueba, corresponde al MINSA, la misma que se puede dar por modificaciones normativas o situaciones de emergencia.



Formado digitalmente por QUIMOC  
ADILES Luz Napoles FAU  
2023.09.22 11:49:49  
Módulo: CDS V 2  
Fecha: 12/12/2023 20:45:06 -05:00



PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital De Apoyo  
II-2 Sullana"AÑO DEL BICENTENARIO, DE LA CONSOLIDACIÓN DE NUESTRA  
INDEPENDENCIA Y DE LA CONMEMORACIÓN DE LAS HEROICAS  
BATALLAS DE JUNIN Y AYACUCHO"

PERÚ

Ministerio de Salud

## Ficha N°42: Fortalecimiento del desempeño del Laboratorio, Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre, Laboratorio Referencial de Salud Pública mediante la Evaluación Externa de la Calidad.

<b>Nombre</b>	Fortalecimiento del desempeño del Laboratorio Clínico y del Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre, Laboratorio Referencial, mediante la Evaluación Externa de la Calidad.
<b>Tipo</b>	Compromiso de mejora de los servicios
<b>Ámbito de Evaluación</b>	Hospitales (II-2) y III nivel e Institutos especializados Laboratorios de Referencia de Salud Pública de las DIRESAS/GERESAS/DIRIS
<b>Definición</b>	<p>El compromiso de mejora implica el desarrollo de acciones orientadas a mejorar el desempeño en la UPSS de Patología Clínica (Laboratorio Clínico) y de las UPSS Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre de los Hospitales II-2 y del III nivel de atención e Institutos especializados y de los Laboratorios de Referencia de las Direcciones Regionales de Salud – DIRESAS, Gerencias Regionales de Salud – GERESAS y Dirección de Redes Integradas de Salud.</p> <p>La participación en los Programas de Evaluación Externa de la Calidad-EEC sirve, para promover el fortalecimiento técnico de la calidad de los laboratorios participantes brindando una herramienta complementaria a su control de calidad, asimismo permitirá evaluar el desempeño de los laboratorios para llevar a cabo ensayos o mediciones específicos y hacer el seguimiento del desempeño continuo de los laboratorios.</p>
<b>Justificación</b>	<p>El INS es el encargado de promover los programas de evaluación externa de la calidad en los laboratorios de salud en el país, asimismo verifica el desarrollo de programas de evaluación externa de la calidad en los laboratorios de salud pública, en el país.</p> <p>Para el cumplimiento del compromiso de mejora</p> <p>Las UPSS Patología Clínica (Laboratorio Clínico), es la Unidad básica del establecimiento de salud organizada para la toma, recepción, procesamiento de las muestras biológicas y emisión de resultados de los procedimientos de Patología Clínica, conforme la NTS N°072-MINSA/DGSP-V.01, según numeral 6.1 el control externo de la calidad abarca diferentes procesos mediante los cuales se ejerce la evaluación de la calidad y exactitud de los resultados.</p> <p>La UPSS Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre, es la Unidad básica del establecimiento de salud organizada para realizar procesos para la provisión de sangre y hemocomponentes en condiciones de seguridad a las UPSS usuarias del propio establecimiento de salud o a otros establecimientos de salud de corresponder. En relación a los Bancos de Sangre tipo II, estos deben contar con resultados del Programa de Evaluación externa en Inmunosenología, según lo establecido en el DS N° 017-2022-SA que modifica el Reglamento de la Ley N° 26454<sup>14</sup>.</p> <p>Según RM N.º 236-96-SA/DM, se establece y oficializa la organización del Sistema de la Red Nacional de Laboratorios de Referencia en Salud Pública y en su artículo 3º precisa, que las autoridades regionales de Salud y el Instituto Nacional de Salud desplegarán el interés y esfuerzos debidamente coordinados que se requieran a fin de lograr un óptimo funcionamiento del Sistema de la Red Nacional de Laboratorios de Referencia. La Red Nacional de Laboratorios en Salud Pública, actualmente conformada por Laboratorios de Referencia Nacional – LRN que corresponden a los laboratorios del INS, los Laboratorios de Referencia Regional – LRR y Laboratorios de Referencia de las Redes y Sub Regiones de las Direcciones Regionales de Salud – DIRESAS, Gerencias Regionales de Salud – GERESAS y Direcciones de Redes Integradas de Salud de Lima Metropolitana. Los Laboratorios de Referencia dependen administrativamente y funcionalmente de las Direcciones Subregionales de Salud, apoyan la organización y funcionamiento de los laboratorios intermedios y locales, garantizando su continuidad y operatividad.</p> <p>De acuerdo al Manual del Sistema de Gestión de la Calidad (LQMS) de la OMS, la ECC, es un sistema para comprobar de forma objetiva el rendimiento del laboratorio usando una agencia o instalación externa; la participación en el programa de EEC proporciona datos e información útiles que: i) permiten la comparación del rendimiento y de los resultados entre diferentes centros de análisis; ii) emiten advertencias tempranas de los problemas sistemáticos asociados a kits u operaciones; iii) proporcionan pruebas objetivas de la calidad de los análisis; iv) indican las zonas que necesitan mejorar; v) identifican las necesidades de formación.</p> <p>Los laboratorios pueden utilizar la EEC para detectar problemas en las prácticas del laboratorio y permite la aplicación de las medidas correctivas pertinentes, así como requisito para la acreditación.</p>



Firmado digitalmente por Q23932  
AYLES Luis Napoleón FAL  
2013102217 Perú  
Módulo: Oxy V E  
Fecha: 12/12/2022 20:29:27 -0500

<sup>14</sup> Ley que declara de orden público e interés nacional la obtención, donación, conservación transfusión y suministro de sangre humana.



La **Resistencia a los antimicrobianos – RAM**, se ha convertido en un problema crónico de salud pública a nivel mundial, con una previsión de 10 millones de muertes por año en todo el mundo para el 2050, por ello se denomina "pandemia silenciosa", pone en peligro la eficacia de la prevención y el tratamiento de una serie, cada vez mayor, de infecciones por virus, bacterias, hongos y parásitos. Por consiguiente, supone una amenaza para la salud pública mundial y requiere medidas por parte de todos los sectores del gobierno y la sociedad, y requiere implementar medidas urgentes que deben gestionarse de forma oportuna y eficaz para evitar problemas futuros.

La participación de los EESS que realizan ensayos de RAM en un Programa de EEC de agentes patógenos de relevancia en la vigilancia de Salud Pública, permitirá evidenciar la garantía de calidad de los resultados de laboratorio e identificar oportunidades de mejora en sus procedimientos. Además, en el marco de la NTS N°072-MINSA/DGSP-V.01 se establecen los controles de calidad externo para el cumplimiento obligatorio en los EESS tipo II-2, III-1 y III-2, por lo que el alcanza mínimo para implementar la evaluación del desempeño en un laboratorio que realice ensayos de RAM comprende la identificación de instituciones específicas, dentro de un tamaño muestral de 266 EESS a nivel nacional. Además en concordancia con la NTS N° 163-MINSA/2020/CDC, Norma Técnica de Salud para la Vigilancia de las Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud, de alcance nacional y aplicación obligatoria en las IPRESS del MINSA, Gobiernos Regionales, Gobiernos Locales, EsSalud, Sanidades de las Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional, privados y otros prestadores que brinden atenciones de salud en todo el país, "El laboratorio de microbiología de las IPRESS debe llevar un registro de controles de calidad interno que sustenten los resultados de las pruebas microbiológicas. Además, debe tener la condición de aprobado en el Programa de Evaluación Externa de la Calidad del Instituto Nacional de Salud (INS)".

La participación de los **Centros de Hemoterapia y Bancos de Sangre** en el Programa de Evaluación Externa del Desempeño en Inmunoserología (PEVED), organizado por el INS, tiene una relevancia significativa en Salud Pública, considerando la importancia del correcto tamizaje del VIH, HBV, HCV, HTLV, CMV, Sífilis y Chagas, como parte de la estrategia para proporcionar Sangre Segura, sus componentes y derivados, en calidad y cantidad necesaria para suplir la demanda regular de la población frente a una demanda inusitada en situaciones de catástrofe o emergencia nacional. Asimismo, los Bancos de Sangre deben alinearse a los programas de evaluación de desempeño y sus indicadores propuestos y realizar obligatoriamente las pruebas correspondientes, según las normas internacionales de la OMS y regulación nacional, vigentes. Esto permite a su vez, asegurar la calidad y promover el fortalecimiento de la capacidad de respuesta de la Red Nacional de Centros de Hemoterapia y Bancos de Sangre e implementar actividades conjuntas para la incorporación de otros Centros de Hemoterapia y Bancos de Sangre.

La incursión en el PEVED, permitirá evidenciar la concordancia de los resultados reportados por los laboratorios participantes en referencia al panel de control provisto por el Laboratorio organizador del Ensayo Interlaboratorios, determinando así su capacidad para la correcta identificación de los patógenos de interés en salud pública investigados, a nivel nacional, esto permite a su vez, asegurar la calidad y promover el fortalecimiento de la capacidad de respuesta de la Red Nacional de Centros de Hemoterapia y Bancos de Sangre e implementar actividades conjuntas para la incorporación de otros Centros de Hemoterapia y Bancos de Sangre.

La articulación de esfuerzos interinstitucionales para asumir acciones permite fortalecer la Red Nacional de Laboratorios y desarrollar estrategias de contingencia para mitigar impactos negativos en la salud pública de la población. Siendo una de estas el aseguramiento de la calidad del diagnóstico de laboratorio que, a su vez, permite un estrechamiento de la brecha en el proceso de vigilancia de la RAM y la cobertura en cantidad y calidad suficiente de los hemocomponentes en el Perú.

En consecuencia, la participación de los EESS en el Programa de Evaluación externa de la Calidad, organizado por el Instituto Nacional de Salud en una oportunidad de mejora para gestionar un escalamiento en el proceso de enrolamiento de EESS y fomentar el aseguramiento de la calidad y, por tanto, la emisión de resultados confiables.

Considerando la Red de Laboratorios en salud pública, en los últimos años va teniendo un impacto el cual se ha visto fortalecido en el diagnóstico de las enfermedades de importancia en salud pública en el país; con la descentralización en el diagnóstico de las enfermedades de importancia en salud pública como es caso de tuberculosis, VIH, dengue, malaria, leptospirosis, COVID-19, influenza entre otros, se ha logrado responder a las emergencias sanitarias en el país, contribuyendo al control de los daños a la salud.



Firmado digitalmente por 2011002  
ALEXIS Luis Requena TAU  
2011013732237.nro  
Motivo: Day V - B  
Fecha: 12/12/2023 20:29:06 -05:00



	<p>Los <b>Laboratorios de Referencia de Salud Pública de las DIRESAS/GERESAS/DIRIS</b>, realizan el diagnóstico en las muestras que proceden de su región, asimismo realizan la evaluación y control de calidad de los procedimientos de diagnóstico, en ese sentido resulta necesario implementar un sistema de calidad, que asegure los resultados obtenidos para la vigilancia de las enfermedades de importancia en salud pública en su región.</p> <p>Caba mencionar que los Laboratorios de Referencia de Salud Pública de las DIRESAS/GERESAS/DIRIS, son Servicios Médicos de Apoyo, por lo cual tendrían que cumplir con lo señalado en la N°072-MINSA/DGSP-V.01: Norma Técnica de Salud de la Unidad Productora de Servicios de Patología Clínica, en relación al control de calidad externo en el cual establece, en el cual señala que "los Servicios Médicos de Apoyo de Patología Clínica que funcionen de manera independiente, se realizara tomando en cuenta las áreas de la UPS de Patología Clínica en relación a los Establecimientos de Salud.</p> <p>En ese contexto, es importante fortalecer el desempeño de los Laboratorios Referenciales de las DIRESAS/GERESAS/DIRIS, permitiendo de esa manera asegurar la confiabilidad del resultado frente al impacto en la salud pública.</p> <p>La evaluación del desempeño, permite evidenciar la concordancia de los resultados reportados por los laboratorios participantes en referencia al panel de control provisto por el Laboratorio Organizador del Ensayo Inter laboratorios, determinando así su capacidad para la correcta identificación de los patógenos de interés en salud pública investigados, a nivel nacional.</p>		
<p><b>Logro esperado y porcentaje de cumplimiento</b></p>	<p><b>HOSPITALES E INSTITUTOS ESPECIALIZADOS</b> Para Hospitales II-2 y del III nivel de atención e Institutos especializados que tengan la UPSS Patología Clínica (Laboratorio Clínico), Centros de Hemoterapia y Banco de Sangre.</p>	<p><b>1 UPSS</b></p>	<p><b>2 UPSS</b></p>
	<p><b>Patología Clínica:</b></p>		
	<p>1. Participación en el Programa de EEC de resistencia antimicrobiana de bacterias patógenas de relevancia en la vigilancia de Salud Pública.</p>	<p>10 %</p>	<p>5%</p>
	<p>2. Obtener resultados concordantes en la evaluación de género y especie.</p>	<p>30 %</p>	<p>15%</p>
	<p>3. Obtener resultados concordantes en susceptibilidad y mecanismos de resistencia</p>	<p>60 %</p>	<p>30%</p>
	<p><b>Fuente auditable:</b> Constancia de resultados de Ensayo Inter laboratorio publicado en la página web Institucional.</p>		
	<p><b>Centros de Hemoterapia y Banco de Sangre:</b></p>	<p>10 %</p>	<p>5%</p>
	<p>1. Participación en el Programa de EEC PEVED, organizado por el Instituto Nacional de Salud.</p>		
<p>2. Obtener resultados concordantes en la evaluación.</p>	<p>90 %</p>	<p>45%</p>	
<p><b>Fuente auditable:</b> Constancia de resultados de Ensayo Inter laboratorio publicado en la página web Institucional.</p>			
<p><b>LABORATORIOS DE REFERENCIA DE SALUD PÚBLICA DE LAS DIRESAS/GERESAS/DIRIS</b></p>	<p>10 %</p>		
<p>1. Participación en 01 Programa de EEC de alguna de las enfermedades de importancia en salud pública (TBC, VIH, dengue, malaria, leptospirosis, COVID-19, influenza entre otros).</p>	<p>10 %</p>		
<p>2. Participación en 02 Programas de EEC de alguna de las enfermedades de importancia en salud pública (tuberculosis, VIH, dengue, malaria, leptospirosis, COVID-19, influenza entre otros) y obtienen resultados concordantes.</p>	<p>30 %</p>		
<p>Participación en 03 Programas de EEC de alguna de las enfermedades de importancia en salud pública (tuberculosis, VIH, dengue, malaria, leptospirosis, COVID-19, influenza entre otros) y obtienen resultados concordantes.</p>	<p>30 %</p>		
<p>Participación mayor a 03 Programas de EEC de alguna de las enfermedades de importancia en salud pública (tuberculosis, VIH, dengue, malaria, leptospirosis, COVID-19, influenza entre otros) y obtienen resultados concordantes.</p>	<p>30 %</p>		
<p><b>Fuente auditable:</b> Constancia de resultados de Ensayo Inter laboratorio publicado en la página web Institucional.</p>			





<b>Área responsable técnica</b>	Instituto Nacional de Salud a través de DILAB y CNSP
<b>Área responsable de Información</b>	OGTI - MINSa y DILAB - INS
<b>Frecuencia de medición</b>	Anual
<b>Fuente de datos</b>	Sistema de Gestión de Información de Resultados NETLAB
<b>Notas</b>	La actualización de la ficha técnica durante la vigencia del dispositivo que lo aprueba, corresponde al MINSa-INS, la misma que se puede dar por modificaciones normativas o situaciones de emergencia.

Fuente: DILAB/INS



Firmado digitalmente por QUROZ  
Ayala, Luz Napoles FAU  
20131373227.html  
Motivo: Doc V. B  
Fecha: 12.12.2023 20:29:30 -05:00





**Ficha N° 43: Fortalecimiento de la gestión de riesgos en la atención de salud y la mejora continua de la calidad mediante la aplicación de rondas de seguridad del paciente.**

<b>Nombre</b>	Fortalecimiento de la gestión de riesgos en la atención de salud y la mejora continua de la calidad mediante la aplicación de Rondas de Seguridad del Paciente	
<b>Tipo</b>	Compromiso de mejora de los servicios de salud	
<b>Ámbito de evaluación</b>	Hospitales del II y III nivel (con y sin población asignada) e Institutos Especializados	
<b>Definición</b>	La Ronda de Seguridad del Paciente, es una herramienta de calidad que permite evaluar la ejecución de las Buenas prácticas de la Atención en Salud, recomendada para fortalecer la cultura de seguridad del paciente, consiste en una visita programada de una UPSS seleccionada al azar en una determinada IPRESS, liderado por la máxima autoridad de ésta, con la finalidad de identificar prácticas inseguras durante la atención de salud y establecer contacto directo con el paciente, familia y personal de salud, siempre con actitud educativa y no punitiva.	
<b>Justificación</b>	<p>El principio más básico de cualquier servicio de atención de salud es, ante todo, no hacer daño. Sin embargo, se ha demostrado que, tanto en los países poco desarrollados como en los desarrollados, se causan muchos perjuicios a los pacientes que tienen graves repercusiones humanas, morales, éticas y económicas y que se podrían prevenir (OMS).<sup>15</sup></p> <p>La seguridad del paciente es un marco de actividades organizadas que crea culturas, procesos, procedimientos, comportamientos, tecnologías y entornos en la atención de salud que disminuyen los riesgos de forma constante y sostenible, reducen la aparición de daños evitables, hacen que sea menos probable que se cometan errores y atenúan el impacto de los daños cuando se producen<sup>16</sup>.</p> <p>Alrededor de 1 de cada 10 pacientes resulta con un daño cuando recibe atención de salud y cada año, más de 3 millones de personas fallecen como consecuencia de ello. En los países de ingresos medianos y bajos, 4 de cada 100 personas mueren por este motivo. Más de la mitad de estos daños se pueden prevenir.</p> <p>Las causas habituales que pueden provocar daños prevenibles se deben a errores en la prescripción de medicamentos, errores cometidos durante la identificación de pacientes, caída de pacientes, aparición de úlceras por de cúbito, infecciones asociadas a la atención de salud, errores diagnósticos, entre otras prácticas de atención inseguras.<sup>17</sup></p> <p>La Directiva Sanitaria N°092-MINSA/2020/DGAIN "Directiva Sanitaria de Rondas de Seguridad del Paciente para la gestión del riesgo en la atención de salud" aprobada mediante Resolución Ministerial N°163-2020-MINSA, señala que la aplicación de Rondas de seguridad del paciente, permite evaluar la ejecución de las Buenas Prácticas de la Atención en Salud, identificar oportunamente los actos inseguros, prevenir y reducir los riesgos en la atención de salud, a través de la evaluación del cumplimiento de los verificadores que aseguren prácticas seguras; lo que permitirá contar con sistemas seguros, implementando estrategias de mejora continua en seguridad del paciente con participación efectiva del equipo multidisciplinario.<sup>18</sup></p>	
	<b>HOSPITALES NIVEL II (CON POBLACION ASIGNADA)</b>	Cumple con las acciones según lo
	<b>Criterio 1:</b> <b>Programación de Rondas de Seguridad del Paciente.</b>	

  
 Firmado digitalmente por  
 Aníbal Luis Tapscott  
 2013.07.25 07:46:00  
 Motivo: Day V B  
 Fecha: 12/12/2022 09:28:09 -05:00

<sup>15</sup> <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>

<sup>16</sup> Plan de Acción mundial para la Seguridad del Paciente 2021-2030 OMS.

<sup>17</sup> <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>, OMS

<sup>18</sup> RMN°163-2020-MINSA Directiva Sanitaria de Rondas de Seguridad del Paciente para la Gestión del Riesgo en la atención de Salud.



PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital De Apoyo II-2 Sullana

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



PERÚ

Ministerio de Salud

<p>Logro esperado y porcentaje de cumplimiento</p>	<p><b>1.1</b> Según lo establecido en la Directiva Sanitaria N°092/2020/DGAIN, el Hospital confirma y reconoce mediante acto resolutivo o documento oficial de la máxima autoridad o titular de la IPRESS un Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente. <b>El documento oficial, debe ser aprobado y publicado en la web institucional hasta el mes de enero del 2024.</b></p>	<p>establecido en <b>criterio 1</b></p> <p style="text-align: center;"><b>40%</b></p>
	<p><b>1.2</b> El Hospital ha elaborado y cuenta con un Cronograma de Rondas de Seguridad del Paciente correspondiente al periodo 2024, el cual está aprobado con acto resolutivo o documento oficial de la máxima autoridad o titular de la IPRESS, <b>que incluya mínimo (01) una ronda de seguridad por mes según el anexo 1 de la Directiva Sanitaria N°092/2020/DGAIN.</b> (firmado por el titular/responsable de la IPRESS, responsable de la Oficina/Unidad de Gestión de Calidad, responsable de la Oficina de Epidemiología y el responsable del Departamento/servicio de Enfermería).</p> <p><b>El documento oficial, debe ser aprobado y publicado en la web institucional hasta el mes de enero del 2024.</b></p> <p>Oficio comunicando la aprobación y publicación en página web institucional remitido a través de la DIRESA/GERESA / DIRIS, mediante el Sistema de Gestión Documental, al Despacho Viceministerial de Prestaciones y Aseguramiento en Salud con atención a la Unidad Funcional de Gestión de la Calidad en Salud.</p> <p><b>Plazo de recepción en el Ministerio de Salud mediante el Sistema de Gestión Documental: criterio 1.1 y 1.2: hasta febrero 2024</b></p> <p><b>Fuente auditable:</b> documento de conformidad elaborado por la Unidad Funcional de Gestión de la Calidad en Salud, del Despacho Viceministerial de Prestaciones y Aseguramiento en Salud. (Publicado en la Página Web del Ministerio de Salud).</p>	
	<p><b>Criterio 2:</b></p> <p><b>2.1 Informes de aplicación de Rondas de Seguridad del Paciente.</b></p> <p>El Hospital elabora el informe semestral (I, II) que contiene información de la ejecución de (06) seis Rondas de Seguridad del Paciente por semestre; <b>cumpliendo estrictamente el cronograma aprobado, debiendo seleccionarse en la RSP por semestre obligatoriamente la UPSS de: Emergencia, Cuidados Intensivos (UCI general o adulto), Centro Obstétrico y Centro Quirúrgico.</b> El informe debe contener los siguientes <b>anexos legibles: Anexo 3</b> Hojas de Resultados de evaluación debidamente firmados por todos los miembros del equipo de rondas de seguridad del paciente, <b>Anexo 6</b> Planes de Acción elaborados y firmados por el equipo de rondas y los jefes de los servicios visitados. El plan incluirá entre otras, acciones orientadas a la mejora de la adherencia a los 5 momentos para la higiene de manos establecido por la OMS y a la técnica de la higiene de manos del personal de salud para la reducción de IAAS (acciones de capacitación, de monitoreo y evaluación, etc.) en cada semestre; <b>Anexo 7</b> Fichas de monitoreo que muestran la implementación de al menos el 50% de las acciones correctivas del Plan del anexo 6 (entre otras, demostrar implementación de acciones para la mejora de la adherencia a los 5 momentos para la higiene de manos establecido por la OMS y a la técnica de la higiene de manos del personal de salud para la reducción de IAAS) en cada semestre. Remitido a través de DIRESA/GERESA/DIRIS, mediante el Sistema de Gestión Documental al Despacho Viceministerial de Prestaciones y Aseguramiento en Salud con atención a la Unidad Funcional de Gestión de la Calidad en Salud.</p> <p><b>Plazo de recepción en el Ministerio de Salud, mediante el Sistema de Gestión Documental:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• I semestre hasta 31 de julio 2024</li> <li>• II semestre hasta 31 de diciembre 2024</li> </ul>	<p>Cumple con las acciones según lo establecido en <b>criterio 2</b></p> <p style="text-align: center;"><b>60%</b></p>



Firmado digitalmente por CALIDAD  
AVILES Luis Napoleón (AI)  
20131373237 (AI)  
Médico Day V. B.  
Fecha: 12/12/2023 20:27:53 -05:00



PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital De Apoyo II-2 Sullana

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



PERÚ

Ministerio de Salud

	<p><b>Fuentes auditables:</b> documentos semestrales de conformidad elaborada por la Unidad Funcional de Gestión de la Calidad en Salud, del Despacho Viceministerial de Prestaciones y Aseguramiento en Salud. (Publicado en la Página Web del Ministerio de Salud).</p>	
<p><b>Logro esperado y porcentaje de cumplimiento</b></p>	<p><b>HOSPITALES nivel II (SIN POBLACIÓN ASIGNADA), Nivel III e INSTITUTOS</b></p> <p><b>Criterio 1:</b></p> <p><b>Programación de Rondas de Seguridad del Paciente.</b></p> <p>1.1 Según lo establecido en la Directiva Sanitaria N°092/2020/DGAIN, el Hospital o Instituto, conforma y reconoce mediante acto resolutivo o documento oficial de la máxima autoridad o titular de la IPRESS, un Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente. <b>El documento oficial, debe ser aprobado y publicado en la web institucional hasta el mes de enero del 2024.</b></p> <p>1.2 El hospital e Instituto ha elaborado y cuenta con un Cronograma de Rondas de Seguridad del Paciente correspondiente al periodo 2024, el cual está aprobado con acto resolutivo o documento oficial, <b>que incluya mínimo (01) una ronda por mes.</b> Según el anexo 1 de la Directiva Sanitaria N°092/2020/DGAIN. (firmado por el titular/responsable de la IPRESS, responsable de la Oficina/Unidad de Gestión de Calidad, responsable de la Oficina de Epidemiología y el responsable del Departamento/servicio de Enfermería).</p> <p><b>El documento oficial, aprobado y publicado en la web institucional hasta el mes de enero 2024.</b></p> <p>Oficio comunicando la aprobación y publicación en página web institucional remitido a través de DIRESA/GERESA / DIRIS mediante el Sistema de Gestión Documental, al Despacho Viceministerial de Prestaciones y Aseguramiento en Salud con atención a la Unidad Funcional de Gestión de la Calidad en Salud, los Institutos Nacionales remiten directamente a la Unidad Funcional de Gestión de la Calidad en Salud, del Despacho Viceministerial de Prestaciones y Aseguramiento en Salud.</p> <p><b>Plazo de recepción en el Ministerio de Salud, mediante el Sistema de Gestión Documental: criterio 1.1 y 1.2: hasta febrero 2024.</b></p> <p><b>Fuente auditable:</b> documento de conformidad elaborado por la Unidad Funcional de Gestión de la Calidad en Salud del Despacho Viceministerial de Prestaciones y Aseguramiento en Salud. (Publicado en la Página Web del Ministerio de Salud).</p>	<p>Cumple con las acciones según lo establecido en <b>criterio 1</b></p> <p><b>30%</b></p>
	<p><b>Criterio 2:</b></p> <p><b>2.1 Informe de aplicación de Rondas de Seguridad del Paciente.</b></p> <p>El Hospital e Instituto elabora el Informe Semestral (I, II) que contiene información de la ejecución de (06) seis Rondas de Seguridad del Paciente: <b>mínimo (01) una por mes y cumpliendo estrictamente el cronograma aprobado, debiendo aplicarse en la RSP obligatoriamente por semestre la UPSS de: Emergencia, Cuidados Intensivos (UCI general, UCI pediátrica y Neonatal) Centro Quirúrgico.</b> El informe debe contener los siguientes <b>anexos legibles: Anexo 3</b> hojas de Resultados debidamente firmados por todos los miembros del equipo de rondas de seguridad del paciente, con resultados mayor o igual al 70%, en cada una de las Rondas de seguridad del paciente aplicadas, <b>Anexo 6</b> Planes de Acción elaborados y firmados por el equipo de rondas y los jefes de los servicios visitados. El plan incluirá entre otras, acciones orientadas a la mejora de la adherencia a los 5 momentos para la higiene de manos establecido por la OMS y a la técnica y de la higiene de manos del personal de salud para la reducción de IAAS (acciones de capacitación, de monitoreo y evaluación, etc.). <b>Anexo 7</b> Fichas de monitoreo que muestra la implementación de al menos el 70% de las acciones correctivas del Plan, (entre otras, demostrar implementación de acciones para la mejora de la adherencia a los 5 momentos para la</p>	<p>Cumple con las acciones según lo establecido en <b>criterio 2</b></p> <p><b>70%</b></p>



Firmado digitalmente por: GREGORIO ALBERTO LUIS PANGLOSSI FERRER  
 202112121237+05:00  
 MÓDULO: CDA, V. 2  
 Fecha: 12.12.2023 20:27:32 -05:00



	<p>higiene de manos establecido por la OMS y a la técnica de la higiene de manos del personal de salud para la reducción de IAAS).</p> <p>Remitido a través de la DIRESA/GERESA / DIRIS, mediante el Sistema de Gestión Documental, al Despacho Viceministerial de Prestaciones y Aseguramiento en Salud atención a la Unidad Funcional de Gestión de la Calidad en Salud, los Institutos Nacionales remiten directamente a la Unidad Funcional de Gestión de la Calidad en Salud, del Despacho Viceministerial de Prestaciones y Aseguramiento en Salud.</p> <p><b>Plazo de recepción en el Ministerio de Salud, mediante el Sistema de Gestión Documental:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Informe I semestre hasta el 31 de julio 2024</li> <li>• Informe II semestre hasta el 31 de diciembre 2024</li> </ul> <p><b>Fuente auditable:</b> documentos semestrales de conformidad elaborada por la Unidad Funcional de Gestión de la Calidad en Salud del Despacho Viceministerial de Prestaciones y Aseguramiento en Salud. (Publicado en la Página Web del Ministerio de Salud).</p>	
<b>Área responsable técnica</b>	Unidad Funcional de Gestión de la Calidad en Salud del Vice Ministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud-DVMPAS	
<b>Área técnica responsable de la información</b>	Unidad Funcional de Gestión de la Calidad en Salud del Vice Ministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud-DVMPAS	
<b>Frecuencia de medición</b>	Anual	
<b>Fuente de datos</b>	Informe elaborado por la Unidad Funcional de Gestión de la Calidad en Salud-UFGCS del Vice Ministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud-DVMPAS, en base a los informes remitidos por las DIRESA/GERESA/DIRIS e Institutos Nacionales	
<b>Notas</b>	La actualización de la ficha técnica durante la vigencia del dispositivo que lo aprueba, corresponde al MINSA, la misma que se puede dar por modificaciones normativas o situaciones de emergencia.	





Ficha N° 44: Fortalecimiento de la Autoevaluación del desempeño de los establecimientos de salud para el cumplimiento de los estándares de Calidad en la atención de salud

<b>Nombre</b>	Fortalecimiento de la Autoevaluación del desempeño de los establecimientos de salud para el cumplimiento de los estándares de Calidad en la atención de salud.	
<b>Tipo</b>	Compromiso de mejora de los servicios de salud.	
<b>Ámbito de evaluación</b>	DIRESA/GERESA/DIRIS, Redes de Salud, Hospitales del II y III nivel de atención (con y sin población asignada) e Institutos. <b>Observación:</b> Las DIRESA/GERESA/DIRIS, Redes de Salud, seleccionan un porcentaje de establecimientos de salud del primer nivel, que realizarán Autoevaluación en el 2024.	
<b>Definición</b>	La Autoevaluación es la primera fase del Proceso de Acreditación de Establecimientos de Salud (PAES), que consiste en la evaluación periódica basada en la comparación del desempeño del prestador de salud con una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar, formulados y conocidos por los actores de la atención de la salud. Se medirá a los EESS seleccionados, que realizan autoevaluación del PAES, con los estándares establecidos en la normativa vigente.	
<b>Justificación</b>	La Ley N°26842 Ley General de la Salud, establece que toda persona tiene derecho a exigir que los servicios que se le prestan para la atención de su salud cumplan con los estándares de calidad. En ese sentido la implementación del proceso de Acreditación de EESS en su primera fase la Autoevaluación en la cual un equipo institucional de evaluadores internos aplica periódicamente el listado de estándares de acreditación correspondiente a su categoría, permite determinar el nivel de cumplimiento de estándares e identificar fortalezas y áreas susceptibles de mejora en el EESS. La evaluación periódica del cumplimiento de estándares de Acreditación, tiene por objetivo desarrollar una cultura de calidad en el personal de la salud y promover acciones de mejora continua de la calidad de atención, así como el desarrollo armónico de las unidades productoras de servicios del EESS, con la finalidad de contribuir a garantizar a los usuarios y al sistema de salud que el EESS cuenta con capacidades para brindar prestaciones de calidad. <b>Base Legal:</b> RM N° 456-2007/MINSA. NTS para la Acreditación de establecimientos de Salud y SMA (incluye como anexo 3: Listado de Estándares de Acreditación para EESS con categoría I-1 a III-1). RM N° 270-2009/MINSA Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de EESS y SMA. RM N° 491-2012/MINSA Listado de estándares de Acreditación para EESS con categoría III-2.	
<b>Logro esperado y porcentaje de cumplimiento</b>	<p><b>HOSPITALES DEL II Y III NIVEL DE ATENCION (CON Y SIN POBLACION ASIGNADA) E INSTITUTOS</b></p> <p>1.- Los establecimientos de salud, cuentan con Equipo de Acreditación y Equipo de Evaluadores Internos, designados formalmente, con Acto Resolutivo o documento Oficial vigente y son publicados en la Web institucional.</p> <p>El hospital/instituto regional remite estos documentos a través de la DIRESA/GERESA/DIRIS a la UFGCS-DVMPAS según plazo. Los Institutos Nacionales remiten directamente a la UFGCS-DVMPAS.</p> <p><b>Plazo de recepción MINSA:</b> Hasta 31 de Mayo 2024</p> <p>2.- Los establecimientos de salud, cuentan con Plan de Autoevaluación 2024, según esquema establecido en la Guía Técnica del Evaluador, aprobado con Acto Resolutivo o documento Oficial.</p> <p>El hospital/instituto regional remite el plan y documento de aprobación a través de la DIRESA/GERESA/DIRIS a la UFGCS-DVMPAS según plazo. Los Institutos Nacionales remiten directamente a la UFGCS-DVMPAS.</p>	<p>Cumple con las acciones 1 y 2 = 30%</p>

  
 Firmado digitalmente por Q1602  
 AVILES Luis Requeiro FAU  
 20131373237 Issa  
 Motivo: Obj V. B.  
 Fecha: 12.12.2023 20:25:40 -05:00



PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital De Apoyo II-2 Sullana

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



PERÚ

Ministerio de Salud

	<p><b>Plazo de recepción MINSA:</b> Hasta 31 de Julio 2024</p> <p><b>Fuente auditable:</b> Documento de conformidad de la UFGCS, publicado en web MINSA, elaborado en base a los documentos recibidos por trámite documentario de los Institutos Nacionales y de las DIRESA/GERESA/DIRIS (remiten documentos de hospital/instituto regional).</p>																
	<p>3.- Los establecimientos de salud, comunican formalmente el Inicio de Autoevaluación 2024 (fecha de inicio), a su instancia superior correspondiente DIRESA/GERESA/DIRIS, quien a su vez lo reportará a la UFGCS-DVMPAS. Los Institutos Nacionales remiten directamente la comunicación a la UFGCS-DVMPAS del MINSA.</p> <p><b>Plazo de recepción MINSA:</b> Hasta 30 de Setiembre 2024</p> <p><b>Fuente auditable:</b> Documento de conformidad de la UFGCS, publicado en web MINSA, elaborado en base a los documentos recibidos por trámite documentario de los Institutos Nacionales y de las DIRESA/GERESA/DIRIS (remiten documentos de hospital/instituto regional).</p>																
	<p>4.- Los establecimientos de salud, cuentan con Informe Técnico de Autoevaluación 2024, según esquema establecido en la Guía Técnica del Evaluador, que incluye reporte de resultados semaforizado, donde se identifica que alcanza el % de resultado esperado (según tabla I).</p> <p>El informe Técnico de Autoevaluación y el archivo Excel de resultados emitido por el aplicativo para la Acreditación, deben ser remitidos a la instancia superior correspondiente RED DE SALUD/DIRESA/GERESA/DIRIS y a través de ellas a la UFGCS-DVMPAS en plazo previsto. Los Institutos Nacionales remiten directamente a la UFGCS-DVMPAS.</p> <table border="1" data-bbox="628 1152 1130 1344"> <thead> <tr> <th colspan="3">Tabla N°01</th> </tr> <tr> <th rowspan="2">EESS</th> <th colspan="2">Resultado de Autoevaluación 2024 (EES cumple los siguientes requisitos)</th> </tr> <tr> <th>Mínimo esperado 2024</th> <th>Incrementa resultado respecto al año anterior*</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>II-1</td> <td>50%</td> <td rowspan="3">5%</td> </tr> <tr> <td>II-2 y III-1</td> <td>60%</td> </tr> <tr> <td>III-2</td> <td>70%</td> </tr> </tbody> </table> <p>*Incremento mínimo de 5% respecto al año anterior para todos los EESS excepto para EESS con Autoevaluación aprobada (resultado 85% o más) en el 2023, a ellos corresponde incrementar resultado para 2024 sin porcentaje mínimo.</p> <p><b>Plazo de recepción MINSA:</b> Hasta 31 de Diciembre 2024</p> <p><b>Fuente auditable:</b> Informe de conformidad de la UFGCS, publicado en web MINSA, elaborado en base a los documentos recibidos por trámite documentario de los Institutos Nacionales y de las DIRESA/GERESA/DIRIS (remiten documentos de hospital/instituto regional).</p>	Tabla N°01			EESS	Resultado de Autoevaluación 2024 (EES cumple los siguientes requisitos)		Mínimo esperado 2024	Incrementa resultado respecto al año anterior*	II-1	50%	5%	II-2 y III-1	60%	III-2	70%	<p>Cumple con acciones 3 y 4 = 70%</p>
Tabla N°01																	
EESS	Resultado de Autoevaluación 2024 (EES cumple los siguientes requisitos)																
	Mínimo esperado 2024	Incrementa resultado respecto al año anterior*															
II-1	50%	5%															
II-2 y III-1	60%																
III-2	70%																
<p><b>Logro esperado y porcentaje de cumplimiento</b></p>	<p><b>RED DE SALUD/IRIS/DIRESA/GERESA/DIRIS</b></p> <p>Las Redes de Salud/Redes Integradas de salud, DIRESA/GERESA/DIRIS conducen el proceso de Acreditación de EESS en su jurisdicción. Gestionan la implementación de la Autoevaluación en los EESS del primer nivel de atención seleccionados.</p> <p><b>Observaciones:</b></p>																

  
 Firmado digitalmente por OVIDIO  
 834625 Luis Negreiros FAU  
 20131303237 Perú  
 Motivo: Oxy V1 B  
 Fecha: 12/12/2023 10:20:28 -05:00



-El número de EESS del primer nivel de la Red de Salud/RIS, seleccionados para realizar Autoevaluación del PAES 2024, se establecerá con relación al avance del año anterior, de acuerdo al rango descrito en tabla N°02:

Tabla N°02		
N° total de EESS de la Red de Salud	Autoevaluación 2024 (Red cumple los siguientes requisitos)	
	% mínimo de EESS seleccionados	Incrementa EESS respecto al año anterior *
Menos de 50 EESS	50%	20%
51 a 100 EESS	40%	
Más de 100 EESS	30%	

\*El incremento del 20% aplica para las Redes de Salud/RIS que en el año anterior superaron el porcentaje mínimo de EESS Autoevaluados establecidos en tabla N°02.

-Si el año anterior la Red de Salud/RIS realizó Autoevaluación en el 100% de sus EESS, la meta para el 2024 será el 100% de EESS.

-Para DIRESA/GERESA/DIRIS, el número de EESS de primer nivel seleccionados que realizarán Autoevaluación 2024, será la sumatoria de los EESS seleccionados por cada una de las Redes de Salud/RIS de su ámbito jurisdiccional.

-Si el año anterior la DIRESA/GERESA/DIRIS realizó Autoevaluación en el 100% de sus EESS, la meta para el 2024 será el 100% de EESS.

-El número de EESS seleccionados según los parámetros establecidos en la presente ficha se registrarán en Acta de Reunión de Negociación de Convenio de Gestión.

Para cumplir el compromiso la Red de Salud remite formalmente informes consolidado de su jurisdicción a la DIRESA/GERESA y a través de ella a la UFGCS-DVMPAS en plazo previsto. Así como la DIRESA/GERESA/DIRIS remite informes consolidados regionales directamente a la UFGCS-DVMPAS en plazo previsto.

1. Informe que incluye la Matriz consolidada preestablecida por la UFGCS/MINSA con los EESS del primer nivel que cumplieron con la acción 1 (registra la RD o documento Oficial vigente de conformación de Equipo de Acreditación y Equipo de Evaluadores Internos).

Plazo de recepción:

Hasta 15 de Mayo 2024 (Red/RIS a DIRESA/GERESA/DIRIS).

Hasta 31 de Mayo 2024 (DIRESA/GERESA/DIRIS a UFGCS-DVMPAS).

2. Informe que incluye la Matriz consolidada preestablecida por la UFGCS/MINSA con los EESS del primer nivel que cumplieron con la acción 2 (registra la RD o documento Oficial que aprueba el Plan de Autoevaluación 2024).

Plazo de recepción:

Hasta 15 de Julio 2024 (Red/RIS a DIRESA/GERESA/DIRIS).

Hasta 31 de Julio 2024 (DIRESA/GERESA/DIRIS a UFGCS-DVMPAS).

Fuente auditable: Documento de conformidad de la UFGCS, publicado en web MINSA; elaborado en base a los documentos recibidos por trámite documentario de DIRESA/GERESA/DIRIS (remiten Informes de Redes de Salud/RIS y consolidado jurisdiccional).

Cumple con acciones 1 y 2 = 30%



PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital De Apoyo II-2 Sullana

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



PERÚ

Ministerio de Salud

	<p>3. Informe que incluye la <b>Matriz consolidada preestablecida</b> por la UFGCS/MINSA con los EESS del primer nivel que cumplieron con la acción 3 (registra documento formal por el cual los EESS de primer nivel comunicaron inicio de Autoevaluación 2024).  <b>Plazo de recepción:</b>  Hasta 15 de Setiembre 2024 (Red/RIS a DIRESA/GERESA/DIRIS).  Hasta 30 de Setiembre 2024 (DIRESA/GERESA/DIRIS a UFGCS-DVMPAS).</p> <p>4. Informe consolidado de los EESS de primer nivel que realizaron autoevaluación durante el año 2024 (100% de EESS seleccionados), que incluya como anexos:  <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <b>Matriz consolidada preestablecida</b> por la UFGCS/MINSA que registra los resultados de Autoevaluación de los EESS del primer nivel que cumplieron con las acciones 1, 2, 3 y 4.</li> <li>✓ <b>Link de acceso a los reportes Excel de resultados semaforizados de Autoevaluación</b> emitidos por el Aplicativo para la Acreditación, de cada uno de los EESS registrados en la Matriz.</li> </ul> <b>Plazo de recepción:</b>  Hasta 15 de Diciembre 2024. (Red/RIS a DIRESA/GERESA/DIRIS).  Hasta 31 de Diciembre 2024 (DIRESA/GERESA/DIRIS a UFGCS-DVMPAS).</p> <p><b>Fuente auditable:</b> Informe de conformidad de la UFGCS, publicado en web MINSA, elaborado en base a los documentos recibidos por trámite documentario de DIRESA/GERESA/DIRIS (remiten Informes de Redes de Salud y consolidado jurisdiccional).</p>	<p>Cumple con acción 3 y 4 = 70%</p>
<b>Área responsable técnica y de la información.</b>	Unidad Funcional de Gestión de la Calidad en Salud-UFGCS del Despacho Viceministerial de Prestaciones y Aseguramiento en Salud-DVMPAS.	
<b>Frecuencia de medición</b>	Anual	
<b>Fuente de datos</b>	Informe elaborado por la Unidad Funcional de Gestión de la Calidad en Salud (UFGCS) del Despacho Viceministerial de Prestaciones y Aseguramiento en Salud (DVMPAS), en base a los informes remitidos por hospitales e Institutos Nacionales, RED/RIS/DIRESA/GERESA y DIRIS.	
<b>Notas</b>	La actualización de la ficha técnica durante la vigencia del dispositivo que lo aprueba, corresponde al MINSA, se puede dar por modificaciones normativas o situaciones de emergencia.	



Ministerio de Salud  
Unidad Funcional de Gestión de la Calidad en Salud-UFGCS  
201-31073237 ext 201  
Web: Ch. V. B.  
Fecha: 12.12.2022 20:24:57 -05:00





## Ficha N°45: Fortalecimiento del sistema de vigilancia de sarampión-rubéola y parálisis flácida aguda a nivel nacional

<b>Nombre</b>	Fortalecimiento del sistema de vigilancia de sarampión-rubéola (SR) y parálisis flácida aguda (PFA) a nivel nacional
<b>Tipo</b>	Compromiso de mejora de los servicios de salud
<b>Ámbito de Evaluación</b>	Redes de salud, Hospitales del II y III nivel (con y sin población asignada) e institutos especializados
<b>Definición</b>	<p>La notificación es la comunicación oficial que realiza el responsable de la vigilancia epidemiológica o quien haga sus veces, de la unidad notificante que se encuentra aprobada por Resolución Directoral de cada GERESA/DIRESA/DIRIS. La notificación de casos sospechosos de sarampión-rubéola en población general y parálisis flácida aguda en menores de 15 años se realiza de forma inmediata (dentro de las 24 horas de identificado el caso), que corresponde a una notificación oportuna; y se realiza en todos los servicios de los establecimientos de salud.</p> <p>La notificación negativa es realizada por el personal de salud encargado de epidemiología de un Establecimiento de Salud (EESS) en el aplicativo OSIRIS de forma semanal, indicando la ausencia de casos en la jurisdicción correspondiente.</p> <p>Estrategias para el fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica de sarampión-rubéola y parálisis flácida aguda:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Notificación oportuna a través del sistema de vigilancia de notiweb y OSIRIS.</li> <li>• Notificación negativa de sarampión-rubéola y parálisis flácida aguda.</li> </ul> <p>Para la notificación de casos sospechosos de sarampión-rubéola se considerará los siguientes criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La notificación de casos corresponderá a todas las edades.</li> <li>• Participarán las redes de salud conformadas a nivel nacional. Estas deberán consolidar la información de sus establecimientos de salud.</li> <li>• La notificación cumplirá la definición de caso sospechoso de sarampión-rubéola, cuyo registro se realizará en el aplicativo notiweb y la obtención de muestra de sangre dentro de los 30 días de haber iniciado la erupción, con el envío de la ficha clínico epidemiológica de sarampión-rubéola a CDC.</li> <li>• De no notificarse casos se deberá cumplir con la notificación negativa de forma semanal en el aplicativo OSIRIS.</li> </ul> <p>Para la notificación de casos de parálisis flácida aguda se considerará los siguientes criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La notificación de casos corresponderá a menores de 15 años</li> <li>• La notificación cumplirá la definición de caso de parálisis flácida aguda, cuyo registro se realizará en el aplicativo notiweb y la obtención de muestra de heces dentro de los 14 días posteriores de haber iniciado la parálisis, con el envío de la ficha clínico epidemiológica de parálisis flácida aguda a CDC.</li> <li>• De no notificarse casos se deberá cumplir con la notificación negativa de forma semanal en el aplicativo OSIRIS.</li> </ul>





<p><b>Justificación</b></p>	<p>La Región de las Américas fue declarada como libre de los virus de la rubéola y el sarampión en el 2015 y 2016 respectivamente y el último caso confirmado de poliomielitis por poliovirus salvaje en 1991; sin embargo, la circulación de ambos virus en otras regiones del mundo y debido a la migración de poblaciones y bajas coberturas de vacunación se coloca en riesgo la sostenibilidad de la eliminación en el país. Durante el 2023, se han presentado casos confirmados en varios países del mundo y en marzo del 2023 se confirmó un caso de poliovirus derivado de vacuna tipo1 en el Perú. Desde el 2020 la notificación de casos sospechosos de SR y de PFA no han logrado el estándar recomendado por la OPS que es de 2 casos sospechosos de SR por cada 100,000 hab. y de 1 caso de PFA por cada 100,000 hab. &lt; de 15 años. Adicionalmente, la cobertura de vacunación de SRP2 y de Polio3 para el 2022 no alcanzó superar el 95% y a octubre del 2023 no ha alcanzado el avance esperado.</p> <p>Es por ello, la necesidad de un sistema de vigilancia epidemiológica de sarampión-rubéola y parálisis flácida aguda sensible que permita identificar, notificar casos y establecer las medidas de control de forma inmediata, que evite la circulación y diseminación del virus en la comunidad y afecte a la población vulnerable presentando el sarampión complicaciones y muerte en población infantil, y la poliomielitis afectando el sistema nervioso ocasionando secuelas de por vida.</p> <p>Este compromiso de mejora se encuentra en relación al Plan Estratégico Institucional 2019-2026 ampliado del MINSA en cuanto al OEI.1 de Prevenir, vigilar, controlar y reducir el impacto de las enfermedades, daños y condiciones que afectan la salud de la población con énfasis en las prioridades nacionales; y la AEI.1.10 Identificación, notificación y control de brotes, epidemias y otros eventos de importancia de salud pública, oportunos.</p> <p>Los documentos normativos que regulan el proceso son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Directiva Sanitaria N°046-MINSA/DGE-V-01 Directiva Sanitaria que establece la notificación de enfermedades y eventos sujetos a vigilancia epidemiológica en Salud Pública (actualización de los anexos 1,2 y 3 e incluye a la tuberculosis como una enfermedad sujeta a vigilancia epidemiológica y de notificación obligatoria en el país.), aprobada a través de RM N°948-2012/MINSA</li> <li>✓ Directiva Sanitaria N°049-MINSA/DGE-V-01 Directiva Sanitaria para la vigilancia epidemiológica de sarampión, rubéola y otras enfermedades febriles eruptivas, aprobada a través de RM N°800-2012/MINSA.</li> <li>✓ Directiva Sanitaria N°059-MINSA/DGE-V-01. Directiva Sanitaria para la Vigilancia Epidemiológica de Poliomielitis/Parálisis Flácida Aguda, aprobada a través de RM N°931-2014/MINSA.</li> </ul>
<p><b>Logro esperado y porcentaje de cumplimiento</b></p>	<p>Para el porcentaje de cumplimiento en la notificación de casos sospechosos de sarampión-rubéola se considerará:</p> <p>Para redes de salud:</p> <p>A) Notificación negativa semanal de la vigilancia de sarampión-rubéola, considerando el cumplimiento del 90% o más que equivale al 30% del puntaje total.</p> <p>B) Notificación de casos sospechosos de sarampión-rubéola</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Las redes de salud que no hayan notificado casos durante el 2023, notificarán al menos 2 casos sospechosos de sarampión-rubéola durante el 2024.</li> <li>○ Las redes de salud que hayan notificado 01 caso durante el 2023, incrementarán en el 100% su notificación para el 2024; en el caso de los que han notificado 02 casos a más mantendrán igual el número de casos notificados en el 2023 para el 2024.</li> </ul> <p>El cumplimiento de esta actividad equivale al 70% del puntaje total</p>

  
 Firmado digitalmente por QUERQUE  
 AYSSES LUIS NAGUINCO FLORES  
 20121272237 4449  
 Motivo: Sello "1" 01  
 Fecha: 12-12-2023 20:24:17 -05:00



	<p>Para hospitales con población asignada, hospitales del II y III nivel, y los Institutos Especializados:</p> <p>A) Notificación negativa semanal de la vigilancia de sarampión-rubéola, considerando el cumplimiento del 90% o más que equivale al 10% del puntaje total</p> <p>B) Notificación de casos sospechosos de sarampión-rubéola</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Los Hospitales del II y III nivel, y los Institutos Especializados (INSN Breña y San Borja, Instituto Nacional Materno Perinatal) que no hayan notificado casos durante el 2023, notificarán al menos 2 casos sospechosos de sarampión-rubéola durante el 2024.</li> <li>○ Los Hospitales del II y III nivel, y los Institutos Especializados (INSN Breña y San Borja, Instituto Nacional Materno Perinatal) que hayan notificado 01 caso durante el 2023, incrementarán en el 100% su notificación para el 2024; en el caso de los que han notificado 02 casos a más mantendrán igual el número de casos notificados en el 2023 para el 2024. El cumplimiento de esta actividad equivale al 40% del puntaje</li> </ul> <p>Para el porcentaje de cumplimiento en la notificación de casos de parálisis flácida aguda se considerará:</p> <p>A) Notificación negativa semanal de la vigilancia de parálisis flácida aguda, considerando el cumplimiento del 90% o más que equivale al 10% del puntaje total</p> <p>B) Notificación de casos de parálisis flácida aguda</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Los hospitales II-1 y II-2, II-E, III-1, III-2 e Institutos Especializados (INSN Breña y San Borja, Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas Perú) que no hayan notificado casos durante el 2023, notificarán al menos 2 casos de parálisis flácida aguda en menores de 15 años durante el 2024.</li> <li>○ Los hospitales II-1 y II-2, II-E, III-1, III-2 e Institutos Especializados (INSN Breña y San Borja, Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas Perú) que hayan notificado 01 caso de parálisis flácida aguda en menores de 15 años durante el 2023, incrementarán en el 100% su notificación para el 2024; en el caso de los que han notificado 02 casos a más mantendrán igual el número de casos notificados en el 2023 para el 2024. El cumplimiento de esta actividad equivale al 40% del puntaje</li> </ul> <p>El porcentaje de cumplimiento para los hospitales de todos los niveles e institutos especializados se calculará en base al promedio de los porcentajes de cumplimiento alcanzado para la notificación de sarampión-rubéola y parálisis flácida aguda.</p> <p>Fuente auditable: El aplicativo Notweb, módulo OSIRIS, ficha clínico epidemiológica de sarampión-rubéola, ficha clínico epidemiológica de parálisis flácida aguda</p>
<b>Area responsable técnica</b>	Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades, en el marco de sus competencias.
<b>Area responsable de la información</b>	Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades.
<b>Frecuencia de medición</b>	Anual
<b>Fuente de datos</b>	<p>Aplicativo web de notificación de sarampión-rubéola y parálisis flácida aguda y modulo OSIRIS del Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades.</p> <p>Se considerará el registro de la información hasta el 31 de diciembre del 2024, con cierre de base de datos al 30 de enero del 2025.</p>





<b>Notas</b>	<p>El CDC monitorizará la información registrada en la ficha clínico epidemiológica de sarampión – rubéola, que se registra en el aplicativo OSIRIS, para el cumplimiento de la definición de caso. De igual manera, la información registrada en la ficha clínico epidemiológica de parálisis flácida aguda remitida de manera física posterior a la notificación, la misma que contiene la información que corresponde al cumplimiento de la definición de caso, tiempo para la notificación y para la obtención de muestra.</p> <p>Para la notificación de casos sospechosos de sarampión-rubéola participarán los Institutos Especializados: INSN Breña, INSN San Borja, Instituto Nacional Materno Perinatal.</p> <p>Para la notificación de casos de parálisis flácida aguda participarán los Institutos Especializados INSN Breña y San Borja, Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas.</p>
--------------	--



Firmado digitalmente por OSIRISZ  
ADJES LUIS NEPOMUCENO FIGUEROA  
20131074237 hard  
Módulo: DGS V 20  
Fecha: 12/12/2023 09:29:45 -05:00



MINISTERIO DE SALUD

No. 002-2019-SA



# Decreto Supremo

**APRUEBAN REGLAMENTO PARA LA GESTIÓN DE RECLAMOS Y DENUNCIAS DE LOS USUARIOS DE LAS INSTITUCIONES ADMINISTRADORAS DE FONDOS DE ASEGURAMIENTO EN SALUD - IAFAS, INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD - IPRESS Y UNIDADES DE GESTIÓN DE INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD - UGIPRESS, PÚBLICAS, PRIVADAS O MIXTAS**

EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA

CONSIDERANDO:

Que, los numerales I y II del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, señalan que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo y que la protección de la salud es de interés público; por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;

Que, el artículo 123 de la precitada Ley, modificada por la Única Disposición Complementaria Modificatoria del Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, dispone que el Ministerio de Salud es la Autoridad de Salud a nivel nacional. Como organismo del Poder Ejecutivo tiene a su cargo la formulación, dirección y gestión de la Política de Salud y actúa como la máxima autoridad normativa en materia de salud;

Que, el numeral 2) del artículo 3 del Decreto Legislativo N° 1161 dispone que el Ministerio de Salud es competente en Aseguramiento en Salud;

Que, el artículo 4 del Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, señala que el Sector Salud, está conformado por el Ministerio de Salud, como organismo rector, las entidades adscritas a él y aquellas instituciones públicas y privadas de nivel nacional, regional y local, y personas naturales que realizan actividades vinculadas a las competencias establecidas en la referida Ley, y que tienen impacto directo o indirecto en la salud, individual o colectiva;

Que, los numerales 1 y 2 del artículo 8 del Decreto Legislativo N° 1158, Decreto Legislativo que dispone medidas destinadas al fortalecimiento y cambio de denominación de la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud, modificado por el artículo 2 del Decreto Legislativo N° 1289, que dicta disposiciones destinadas a optimizar el funcionamiento y los servicios de la Superintendencia Nacional de Salud, ha previsto como funciones de ésta promover, proteger y defender los derechos de las personas al acceso a los servicios de salud, supervisando que las prestaciones sean otorgadas con calidad, oportunidad, disponibilidad y aceptabilidad, con independencia de quien las financie, así como los que





correspondan en su relación de consumo con las IAFAS o IPRESS, incluyendo aquellas previas y derivadas de dicha relación, así como supervisar que el uso de los recursos destinados a la provisión de los servicios de salud y de los fondos destinados al Aseguramiento Universal en Salud, garanticen la calidad, oportunidad, disponibilidad y aceptabilidad de las prestaciones. En el caso de las IAFAS, IPRESS y UGIPRESS públicas, de acuerdo a su presupuesto institucional aprobado, respectivamente;

Que, la Tercera Disposición Complementaria Final del Reglamento de la Ley N° 29414, Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 027-2015-SA, ha dispuesto que a propuesta de la Superintendencia Nacional de Salud se aprobará el Reglamento de Quejas y Reclamos que contendrá el procedimiento para la atención de las quejas y reclamos de las personas usuarias de los servicios de salud;

Que, por el artículo 1 del Decreto Supremo N° 030-2016-SA se aprueba el Reglamento para la atención de reclamos y quejas de los usuarios de las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud - IAFAS, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPRESS y Unidades de Gestión de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - UGIPRESS, públicas, privadas o mixtas;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 667-2017/MINSA, se efectuó la publicación del proyecto de Reglamento para la Gestión de Reclamos y Denuncias de los Usuarios de las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud - IAFAS, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPRESS y Unidades de Gestión de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - UGIPRESS, públicas, privadas o mixtas, a efecto de recibir sugerencias y comentarios de las entidades públicas o privadas, y de la ciudadanía en general;

Que, resulta necesario dotar al procedimiento de gestión de reclamos de mayor operatividad, así como acercar el procedimiento de denuncia a la ciudadanía, contribuyendo así a tener una población empoderada y mejor informada sobre la protección a su derecho a la salud;

De conformidad con el numeral 8 del artículo 118 de la Constitución Política del Perú, la Ley N° 29158, Ley Orgánica del Poder Ejecutivo y el Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, modificada por la Ley N° 30895, Ley que fortalece la función rectora del Ministerio de Salud;

**SE DECRETA:**

**Artículo 1.- Aprobación**

Apruébese el Reglamento para la Gestión de Reclamos y Denuncias de los Usuarios de las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud - IAFAS, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPRESS y Unidades de Gestión de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - UGIPRESS, públicas, privadas o mixtas, que consta de cuatro (4) Capítulos, treinta y siete (37) artículos, cinco (5) Disposiciones Complementarias Finales, una (1) Disposición Complementaria Transitoria, una (1) Disposición Complementaria Modificatoria y tres (3) Anexos, que forman parte integrante del presente Decreto Supremo.

**Artículo 2.- Publicación**

Publíquese el presente Decreto Supremo y el Reglamento que aprueba en el Portal del Estado Peruano ([www.peru.gob.pe](http://www.peru.gob.pe)) y en los portales institucionales del Ministerio de Salud ([www.gob.pe/minsa](http://www.gob.pe/minsa)), y de la Superintendencia Nacional de Salud ([www.susalud.gob.pe](http://www.susalud.gob.pe)), el mismo día de su publicación en el Diario Oficial "El Peruano".





PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital De Apoyo II-2 Sullana

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

MINISTERIO DE SALUD

No. 002-2019-SA



# Decreto Supremo



R. TAPIA

### Artículo 3.- Normas complementarias

Facúltese a la Superintendencia Nacional de Salud para expedir las disposiciones complementarias que resulten necesarias para el cumplimiento de lo dispuesto en el presente Decreto Supremo.

### Artículo 4.- Refrendo

El presente Decreto Supremo es refrendado por la Ministra de Salud.

### DISPOSICIÓN COMPLEMENTARIA FINAL



O. COSSAMALENTE

### Única.- Vigencia

El Reglamento para la Gestión de Reclamos y Denuncias de los Usuarios de las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud - IAFAS, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPRESS y Unidades de Gestión de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - UGIPRESS, públicas, privadas o mixtas entra en vigencia a los sesenta días hábiles, contados a partir del día siguiente de su publicación en el Diario Oficial "El Peruano".



S. YANCOURT

### DISPOSICIÓN COMPLEMENTARIA DEROGATORIA

### Única.- Derogación

Deróguese el artículo 1 del Decreto Supremo N° 030-2016-SA, a partir de la vigencia del Reglamento para la Gestión de Reclamos y Denuncias de los Usuarios de las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud - IAFAS, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPRESS y Unidades de Gestión de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - UGIPRESS, públicas, privadas o mixtas, que se aprueba mediante el presente Decreto Supremo.



G. REVILLA S.

Dado en la Casa de Gobierno, en Lima, a los treinta días del mes de enero del año dos mil diecinueve.



MARTÍN ALBERTO VIZCARRA CORNEJO  
Presidente de la República

ELIZABETH ZULEMA TOMÁS GONZÁLES  
Ministra de Salud



PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital De Apoyo II-2 Sullana

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



RESOLUCIÓN DE SUPERINTENDENCIA

N° 030 -2020-SUSALUD/S

Lima, 04 MAR. 2020



VISTOS:

El Informe N° 00171-2020/INA, de fecha 17 de febrero de 2020, de la Intendencia de Normas y Autorizaciones; el Memorandum N° 00179-2020-SUSALUD/SAREFIS, de fecha 19 de febrero de 2020, de la Superintendencia Adjunta de Regulación y Fiscalización; y el Informe N° 00151-2020/OGAJ, de fecha 25 de febrero de 2020, de la Oficina General de Asesoría Jurídica, y;

CONSIDERANDO:

Que, de conformidad con los artículos 9 y 11 del Texto Único Ordenado (TULO) de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 020-2014-SA, la Superintendencia Nacional de Salud - SUSALUD es un organismo público técnico especializado, adscrito al Ministerio de Salud, con autonomía técnica, funcional, administrativa, económica y financiera, encargada de registrar, autorizar, supervisar y regular a las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud - IAFAS, así como, supervisar y registrar a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPRESS y Unidades de Gestión de IPRESS - UGIPRESS, en el ámbito de su competencia. Así también, se señala que SUSALUD es una entidad desconcentrada y que sus competencias son de alcance nacional, teniendo bajo su ámbito de competencia a las IAFAS, así como a todas las IPRESS y UGIPRESS.



Que, el artículo 7 del citado TULO de la Ley N° 29344, señala que las IAFAS son aquellas entidades o empresas públicas, privadas o mixtas, creadas o por crearse, que reciban, capten y/o gestionen fondos para la cobertura de las atenciones de salud o que oferten cobertura de riesgos de salud, bajo cualquier modalidad. Asimismo, establece que el registro en la Superintendencia Nacional de Salud es requisito indispensable para la oferta de las coberturas antes señaladas;



Que, el artículo 8 del referido TULO de la Ley N° 29344, señala que las IPRESS son aquellos establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, públicos, privados o mixtos, creados o por crearse, que realizan atención de salud con fines de prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación; así como aquellos servicios complementarios o auxiliares de la atención médica, que tienen por finalidad coadyuvar en la prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación de la salud. Asimismo, establece que para brindar servicios de salud deberán encontrarse registradas en la Superintendencia Nacional de Salud;



Que, el artículo 11 del citado TULO de la Ley N° 29344, señala que las UGIPRESS, son definidas como aquellas entidades o empresas públicas, privadas o mixtas, creadas o por crearse, diferentes de las IPRESS, encargadas de la administración y gestión de los recursos destinados al funcionamiento idóneo de las IPRESS.



Que, asimismo, los numerales 1 y 2 del citado artículo 13 del TULO de la Ley N° 29344, establecen que son funciones de SUSALUD promover, proteger y defender los derechos de las



X







personas al acceso a los servicios de salud, supervisando que las prestaciones sean otorgadas con calidad oportuna, disponibilidad y aceptabilidad, con independencia de quien las financie, así como las que correspondan en su relación de consumo con las IAFAS o IPRESS, incluyendo aquellas previas y derivadas de dicha relación; y, supervisar que el uso de los recursos destinados a la provisión de los servicios de salud y de los fondos destinados al Aseguramiento Universal en Salud, garanticen la calidad, oportunidad, disponibilidad y aceptabilidad de las prestaciones. En el caso de las IAFAS e IPRESS públicas, de acuerdo a su presupuesto institucional aprobado;

Que, mediante Decreto Supremo N° 002-2019-SA, se aprueba el Reglamento para la Gestión de Reclamos y Denuncias de los Usuarios de las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud – IAFAS, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud – IPRESS y Unidades de Gestión de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud – UGIPRESS, públicas, privadas o mixtas; señalándose en su Primera Disposición Complementaria Final que SUSALUD establece la clasificación de reclamos presentados por los usuarios ante las IAFAS, IPRESS o UGIPRESS, en un plazo de treinta días hábiles, contados a partir de la entrada en vigencia del Reglamento;

Que, en la Cuarta Disposición Complementaria Final del citado Reglamento, se dispone que SUSALUD establece el aplicativo que permita realizar el monitoreo de los reclamos presentados en las IAFAS, IPRESS y UGIPRESS, estableciendo la estructura del modelo de datos de remisión de información y plazos, así como registrar al responsable de la Plataforma de Atención al Usuario (PAUS);

Que encontrándose en vigencia el Reglamento para la Gestión de Reclamos y Denuncias de los Usuarios de las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud – IAFAS, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud – IPRESS y Unidades de Gestión de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud – UGIPRESS públicas, privadas o mixtas, resulta necesario dar cumplimiento al mandato antes señalado;

Que, mediante Resolución de Superintendencia N° 160-2019-SUSALUD/S, se dispuso la publicación del proyecto de norma que aprueba la "Clasificación, Lineamientos y Aplicativo Informático para la remisión de la Información de Reclamos de los Usuarios de las IAFAS, IPRESS o UGIPRESS", en virtud de la cual se recibieron aportes y comentarios de los administrados e interesados;

Con los vistos del Gerente General, de la Superintendente Adjunta de la Superintendencia Adjunta de Regulación y Fiscalización, del Superintendente Adjunto de la Superintendencia Adjunta de Promoción y Protección de Derechos en Salud, del Superintendente Adjunto de la Superintendencia Adjunta de Supervisión, del Intendente de la Intendencia de Normas y Autorizaciones, de la Intendente de la Intendencia de Promoción de Derechos en Salud, de la Intendente de la Intendencia de Protección de Derechos en Salud, de la Intendente de la Intendencia de Supervisión de Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud, de la Intendente de la Intendencia de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, del Intendente de la Intendencia de Investigación y Desarrollo y del Director General de la Oficina General de Asesoría Jurídica de la Superintendencia Nacional de Salud, y;

Estando a lo dispuesto por el Decreto Legislativo N° 1158, el Reglamento de Organización y Funciones de la Superintendencia Nacional de Salud, aprobado mediante Decreto Supremo N° 008-2014-SA y el Decreto Supremo N° 002-2019-SA, que aprueba el Reglamento para la Gestión de Reclamos y Denuncias de los Usuarios de las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud – IAFAS, Instituciones Prestadoras de





*[Handwritten mark]*

Servicios de Salud – IPRESS y Unidades de Gestión de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud – UGIPRESS publicas, privadas o mixtas.

**SE RESUELVE:**



**Artículo 1.- APROBAR** la "Clasificación, Lineamientos y Aplicativo Informático para la remisión de la Información de Reclamos de los Usuarios de las IAFAS, IPRESS o UGIPRESS", el cual consta de cuatro (4) Capítulos, veintitrés (23) artículos, tres (3) Disposiciones Complementarias Transitorias, una (1) Disposición Complementaria Final y tres (3) anexos que forman parte integrante de la presente Resolución.

**Artículo 2.- DEJAR** sin efecto todas aquellas disposiciones que se opongan a la presente norma.

**Artículo 3.- DISPONER** la publicación de la presente Resolución en el Diario Oficial El Peruano, y a la Intendencia de Normas y Autorizaciones la publicación de la misma, de la "Clasificación, Lineamientos y Aplicativo Informático para la remisión de la Información de Reclamos de los Usuarios de las IAFAS, IPRESS o UGIPRESS" de sus Anexos, del Informe Técnico y de la Exposición de Motivos, en la página web institucional (www.susalud.gob.pe)



Regístrese, comuníquese y publíquese



CARLOS MANUEL ACOSTA SAAL  
SUPERINTENDENTE



*[Handwritten mark]*





requieran a consecuencia de lo dispuesto en la presente Ley.

**Artículo 3°.- Limitación para el uso de recursos**

Los recursos de la transferencia de partidas a que hace referencia el artículo 1° de la presente Ley no pueden ser destinados, bajo responsabilidad, a fines distintos para los cuales son transferidos.

**Artículo 4°.- De la contratación por servicios personales**

4.1 Exonérase a la Universidad Nacional San Cristóbal de Huamanga de la limitación señalada en el numeral 8.1 del artículo 8° de la Ley N° 29289, Ley de Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2009, sólo para efectos de la contratación por servicios personales de ocho (8) docentes y cinco (5) administrativos, exclusivamente para el funcionamiento de la Escuela de Formación Profesional de Ingeniería Agroforestal de la Facultad de Ciencias Agrarias de la Universidad Nacional San Cristóbal de Huamanga, en el distrito de Pichari, provincia de La Convención, departamento de Cusco. La contratación del referido personal se realiza previo informe favorable de la Dirección Nacional del Presupuesto Público respecto a la capacidad de financiamiento y, necesariamente, por concurso público de méritos.

4.2 El personal contratado en el marco de la presente Ley no puede ser materia de acciones de desplazamiento de personal fuera del ámbito de la Escuela de Formación Profesional de Ingeniería Agroforestal de la Facultad de Ciencias Agrarias de la Universidad Nacional San Cristóbal de Huamanga, en el distrito de Pichari, provincia de La Convención, departamento de Cusco.

**Artículo 5°.- De la implementación y funcionamiento**

El Consejo Nacional para la Autorización de Funcionamiento de Universidades (Conafu), por excepción, autoriza y verifica la adecuada implementación y funcionamiento de la Escuela de Formación Profesional de Ingeniería Agroforestal de la Facultad de Ciencias Agrarias de la Universidad Nacional San Cristóbal de Huamanga, en el distrito de Pichari, provincia de La Convención, departamento de Cusco.

**DISPOSICIÓN COMPLEMENTARIA**

**ÚNICA.-** Dispónese en el Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2009 la transferencia financiera del Gobierno Regional del departamento de Cajamarca a la Municipalidad Distrital de San Luis de Lucma, provincia de Cutervo, las sumas señaladas a continuación para ser destinadas a la ejecución de los siguientes proyectos de inversión:

**Proyecto 2068130:** Construcción y equipamiento de la Institución Educativa Secundaria Santa Rosa del Tingo, provincia de Cutervo, departamento de Cajamarca, con un presupuesto de Setecientos Noventa y Cinco Mil Ochocientos Noventa y Siete Nuevos Soles (S/. 795 897,00).

**Proyecto 2068133:** Construcción y equipamiento de la Institución Educativa Ricardo Palma en la localidad de Santo Domingo, provincia de Cutervo, departamento de Cajamarca, con un presupuesto de Setecientos Setenta y Cuatro Mil Ciento Treinta y Seis Nuevos Soles (S/. 774 136,00).

**Proyecto 2070051:** Construcción de infraestructura y equipamiento de la Institución Educativa Secundaria Daniel Alcides Carrión, en la localidad de San Luis de Lucma, provincia de Cutervo, departamento de Cajamarca, con un presupuesto de Dos Millones Ciento Ocho Mil Setecientos Sesenta y Cinco Nuevos Soles (S/. 2 108 765,00).

Dichos montos son transferidos a la Municipalidad Distrital de San Luis de Lucma con cargo a la Fuente de Financiamiento Recursos Ordinarios y su transferencia se realiza antes de los treinta (30) días calendario contados desde la publicación de la presente norma, bajo responsabilidad.

Para el cumplimiento de la presente disposición, no es de aplicación la suspensión establecida en el numeral 7.1 del artículo 7° de la Ley N° 29289, Ley de Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2009.

**POR TANTO:**

Habiendo sido reconsiderada la Ley por el Congreso de la República, aceptándose las observaciones formuladas por el señor Presidente de la República, de conformidad con lo dispuesto por el artículo 108° de la Constitución Política del Perú, ordeno que se publique y cumpla.

En Lima, a los treinta días del mes de setiembre de dos mil nueve.

LUIS ALVA CASTRO  
Presidente del Congreso de la República

ANTONIO LEÓN ZAPATA  
Tercer Vicepresidente del Congreso de la República

405147-1

LEY N° 29414

EL PRESIDENTE DEL CONGRESO DE LA REPÚBLICA

POR CUANTO:

EL CONGRESO DE LA REPÚBLICA;

Ha dado la Ley siguiente:

**LEY QUE ESTABLECE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS USUARIAS DE LOS SERVICIOS DE SALUD**

**Artículo 1°.- Modificaciones a la Ley General de Salud**

Modifícanse los artículos 15°, 23°, 29° y el segundo párrafo del artículo 37° de la Ley núm. 26842, Ley General de Salud, con los siguientes textos:

**Artículo 15°.-** Toda persona tiene derecho a lo siguiente:

**15.1 Acceso a los servicios de salud**

- A recibir atención de emergencia médica, quirúrgica y psiquiátrica en cualquier establecimiento de salud público o privado, conforme con los artículos 3° y 39°, modificados por la Ley núm. 27604, Ley que Modifica la Ley General de Salud N° 26842, Respecto de la Obligación de los Establecimientos de Salud a dar Atención Médica en Caso de Emergencias y Partos, y su Reglamento.
- A elegir libremente al médico o el establecimiento de salud, según disponibilidad y estructura de éste, con excepción de los servicios de emergencia.
- A recibir atención de los médicos con libertad para realizar juicios clínicos, de acuerdo con lo establecido por el artículo 5° de la Ley de Trabajo Médico.
- A solicitar la opinión de otro médico, distinto a los que la institución ofrece, en cualquier momento o etapa de su atención o tratamiento, sin que afecte el presupuesto de la institución, bajo responsabilidad del



403648

NORMAS LEGALES

El Peruano  
Lima, viernes 7 de octubre de 2009

usuario y con conocimiento de su médico tratante.

- e) A obtener servicios, medicamentos y productos sanitarios adecuados y necesarios para prevenir, promover, conservar o restablecer su salud, según lo requiera la salud del usuario, garantizando su acceso en forma oportuna y equitativa.

### 15.2 Acceso a la información

- a) A ser informada adecuada y oportunamente de los derechos que tiene en su calidad de paciente y de cómo ejercerlos, tomando en consideración su idioma, cultura y circunstancias particulares.
- b) A conocer el nombre del médico responsable de su tratamiento, así como el de las personas a cargo de la realización de los procedimientos clínicos. En caso de que se encuentre disconforme con la atención, el usuario debe informar del hecho al superior jerárquico.
- c) A recibir información necesaria sobre los servicios de salud a los que puede acceder y los requisitos necesarios para su uso, previo al sometimiento a procedimientos diagnósticos o terapéuticos, con excepción de las situaciones de emergencia en que se requiera aplicar dichos procedimientos.
- d) A recibir información completa de las razones que justifican su traslado dentro o fuera del establecimiento de salud, otorgándole las facilidades para tal fin, minimizando los riesgos. El paciente tiene derecho a no ser trasladado sin su consentimiento, salvo razón justificada del responsable del establecimiento. Si no está en condiciones de expresarlo, lo asume el llamado por ley o su representante legal.
- e) A tener acceso al conocimiento preciso y oportuno de las normas, reglamentos y condiciones administrativas del establecimiento de salud.
- f) A recibir en términos comprensibles información completa, oportuna y continuada sobre su enfermedad, incluyendo el diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento; así como sobre los riesgos, contraindicaciones, precauciones y advertencias de las intervenciones, tratamientos y medicamentos que se prescriban y administren. Tiene derecho a recibir información de sus necesidades de atención y tratamiento al ser dado de alta.
- g) A ser informada sobre su derecho a negarse a recibir o continuar el tratamiento y a que se le explique las consecuencias de esa negativa. La negativa a recibir el tratamiento puede expresarse anticipadamente, una vez conocido el plan terapéutico contra la enfermedad.
- h) A ser informada sobre la condición experimental de la aplicación de medicamentos o tratamientos, así como de los riesgos y efectos secundarios de éstos.
- i) A conocer en forma veraz, completa y oportuna las características del servicio, los costos resultantes del cuidado médico, los horarios de consulta, los profesionales de la medicina y demás términos y condiciones del servicio.

### 15.3 Atención y recuperación de la salud

- a) A ser atendida con pleno respeto a su dignidad e intimidad sin discriminación por acción u omisión de ningún tipo.
- b) A recibir tratamientos cuya eficacia o mecanismos de acción hayan sido científicamente comprobados o cuyas reacciones adversas y efectos colaterales le hayan sido advertidos.

- c) A su seguridad personal y a no ser perturbada o puesta en peligro por personas ajenas al establecimiento y a ella.
- d) A autorizar la presencia, en el momento del examen médico o intervención quirúrgica, de quienes no están directamente implicados en la atención médica, previa indicación del médico tratante.
- e) A que se respete el proceso natural de su muerte como consecuencia del estado terminal de la enfermedad. El Código Penal señala las acciones punibles que vulneren este derecho.
- f) A ser escuchada y recibir respuesta por la instancia correspondiente cuando se encuentre disconforme con la atención recibida, para estos efectos la Ley proveerá de mecanismos alternativos y previos al proceso judicial para la solución de conflictos en los servicios de salud.
- g) A recibir tratamiento inmediato y reparación por los daños causados en el establecimiento de salud o servicios médicos de apoyo, de acuerdo con la normativa vigente.
- h) A ser atendida por profesionales de la salud que estén debidamente capacitados, certificados y recertificados, de acuerdo con las necesidades de salud, el avance científico y las características de la atención, y que cuenten con antecedentes satisfactorios en su ejercicio profesional y no hayan sido sancionados o inhabilitados para dicho ejercicio, de acuerdo a la normativa vigente. Para tal efecto, se creará el registro correspondiente.

### 15.4 Consentimiento informado

- a) Autorizar su consentimiento informado, libre y voluntario, sin que medie ningún mecanismo que vicie su voluntad, para el procedimiento o tratamiento de salud, en especial en las siguientes situaciones:
- a.1) En la oportunidad previa a la aplicación de cualquier procedimiento o tratamiento así como su interrupción. Quedan exceptuadas del consentimiento informado las situaciones de emergencia, de riesgo debidamente comprobado para la salud de terceros o de grave riesgo para la salud pública.
- a.2) Cuando se trate de pruebas riesgosas, intervenciones quirúrgicas, anticoncepción quirúrgica o procedimientos que puedan afectar la integridad de la persona, supuesto en el cual el consentimiento informado debe constar por escrito en un documento oficial que visibilice el proceso de información y decisión. Si la persona no supiere firmar, imprimirá su huella digital.
- a.3) Cuando se trate de exploración, tratamiento o exhibición con fines docentes, el consentimiento informado debe constar por escrito en un documento oficial que visibilice el proceso de información y decisión. Si la persona no supiere firmar, imprimirá su huella digital.
- b) A que su consentimiento conste por escrito cuando sea objeto de experimentación para la aplicación de medicamentos o tratamientos. El consentimiento informado debe constar por escrito en un documento oficial que visibilice el proceso de información y decisión. Si la persona no supiere firmar, imprimirá su huella digital.

Artículo 23°.- Las incompatibilidades, limitaciones, prohibiciones y vulneración de derechos en



El Financiero

Lima, viernes 2 de octubre de 2009



## NORMAS LEGALES

403649

los servicios de salud, así como el régimen de sanciones aplicables a los profesionales a los que se refiere el presente capítulo, se rige por las normas laborales, administrativas, civiles y penales, los códigos de ética y deontología y las normas estatutarias de los colegios profesionales correspondientes.

**Artículo 29°.-** El acto médico debe estar sustentado en una historia clínica veraz y suficiente que contenga las prácticas y procedimientos aplicados al paciente para resolver el problema de salud diagnosticado.

La información mínima que debe contener la historia clínica se rige por el reglamento de la presente Ley.

El establecimiento de salud queda obligado a proporcionar copia de la historia clínica al paciente en caso de que éste o su representante lo solicite. El interesado asume el costo que supone el pedido.

**Artículo 37°.-**  
(...)

Los establecimientos de salud deben aprobar normas y reglamentos de funcionamiento interno; asimismo, el ente rector establece los estándares de atención de la salud de las personas a través de protocolos. La autoridad de salud de ámbito nacional establece los criterios para la determinación de la capacidad de resolución de los establecimientos y dispone la publicación de la evaluación de los establecimientos que no hayan alcanzado los estándares requeridos.\*

**Artículo 2°.-** Derechos contenidos en la presente Ley

La enumeración de los derechos contenidos en el artículo 15° de la Ley General de Salud no excluye los demás contenidos en dicha Ley o los que la Constitución Política del Perú garantiza.

**Artículo 3°.-** Sistema nacional de protección de los derechos de los usuarios en los servicios de salud

Los establecimientos de salud y los órganos de los gobiernos Nacional, regional y local son responsables de organizar instancias de carácter independiente, autónomo y confidencial que garanticen equidad y justicia para la protección de los derechos de los usuarios de los servicios de salud, las cuales deben articularse al Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud.

## DISPOSICIONES FINALES

**PRIMERA.-** De la difusión de los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud

El Poder Ejecutivo reglamenta la presente Ley en el plazo de noventa (90) días, contado a partir de su vigencia, en especial sobre los siguientes temas:

1. La elaboración de la lista de derechos de los usuarios contenidos en la Ley General de Salud.
2. Los mecanismos de divulgación de esta lista de derechos en los establecimientos de salud públicos y privados.

**SEGUNDA.-** De la adecuación

Establécense el plazo de ciento ochenta (180) días para que los establecimientos de salud se adecuen a lo dispuesto en la presente Ley.

**TERCERA.-** De la derogatoria

Deróganse o déjense sin efecto, según corresponda, las disposiciones que se opongan a la presente Ley.

**POR TANTO:**

Habiendo sido reconsiderada la Ley por el Congreso de la República, aceptándose las observaciones formuladas por el señor Presidente de la República, de

conformidad con lo dispuesto por el artículo 108° de la Constitución Política del Perú, ordeno que se publique y cumpla.

En Lima, a los treinta días del mes de setiembre de dos mil nueve.

LUIS ALVA CASTRO

Presidente del Congreso de la República

ANTONIO LEÓN ZAPATA

Tercer Vicepresidente del Congreso de la República

405147-2

## LEY N° 29415

EL PRESIDENTE DEL CONGRESO  
DE LA REPÚBLICA

POR CUANTO:

EL CONGRESO DE LA REPÚBLICA:

Ha dado la Ley siguiente:

**LEY DE SANEAMIENTO FÍSICO LEGAL  
DE PREDIOS TUGURIZADOS CON FINES  
DE RENOVACIÓN URBANA**

**TÍTULO I  
DISPOSICIONES GENERALES**

**CAPÍTULO I  
OBJETO Y FINES**

**Artículo 1°.-** Objeto de la Ley

Declárase de necesidad pública el proceso de saneamiento físico legal de predios tugurizados con fines de renovación urbana en el ámbito nacional.

El objeto de la Ley se cumple en las siguientes etapas:

1. Etapa de Saneamiento Legal de Predios Tugurizados.
2. Etapa de Saneamiento Físico de Predios Tugurizados.

La culminación del proceso se realiza a través de programas de renovación urbana y supone la puesta en valor de los inmuebles saneados legal y físicamente.

La ejecución de la etapa del proceso de saneamiento legal de los predios tugurizados es el requisito previo para la ejecución de la etapa del proceso de saneamiento físico de los predios titulados.

En aquellos casos en los que el poseedor cuente con título de propiedad del inmueble y éste se ubique en una zona de tratamiento, el predio ingresa directamente a la etapa establecida en el numeral 2.

**Artículo 2°.-** Ambito de aplicación

La presente Ley regula las acciones de los procesos de saneamiento físico y legal de predios tugurizados con fines de renovación urbana en las áreas de tratamiento, sean de propiedad privada o estatal, comprendiendo tanto a personas naturales como jurídicas, y que hayan sido designadas como tales por las municipalidades distritales conforme al artículo 79° numeral 4.2, de la Ley núm. 27972, Ley Orgánica de Municipalidades, previo cumplimiento de los requisitos que establece la presente Ley.

**Artículo 3°.-** Fines de la Ley

Son fines de la presente Ley los siguientes:

1. La superación de las condiciones de vida de los habitantes de viviendas tugurizadas, realizándose las acciones necesarias para mantener, mejorar y modernizar las viviendas existentes de acuerdo con las necesidades de los residentes.



PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital De Apoyo II-2 Sullana

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

MINISTERIO DE SALUD

No. 270-2009/MINSA



## Resolución Ministerial

Lima, 23 de Abril del 2009

Visto, el Expediente N° 07-070114-001, que contiene el Informe N° 321/2008-DGSP-DCS/MINSA y la Nota Informativa N° 051-2009-DGSP/MINSA de la Dirección General de Salud de las Personas, y el Informe N° 346-2009-DGAJ/MINSA de la Oficina General de Asesoría Jurídica, relacionada a la propuesta de Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo;



### CONSIDERANDO:

Que, el artículo 44° del Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 023-2005-SA, encarga a la Dirección General de Salud de las Personas, a través de la Dirección de Calidad en Salud, establecer las normas del sistema de acreditación para servicios y establecimientos de salud, así como, establecer los mecanismos para su difusión y cumplimiento;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 519-2005/MINSA, se aprobó el documento técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud", el cual establece como uno de sus componentes al de Garantía y Mejoramiento de la Calidad siendo una de sus líneas de acción, la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo;



Que, mediante Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, se aprobó la Norma Técnica N° 050-MINSA/DGSP-V.02 "Norma Técnica de Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo", la misma que en sus disposiciones finales establece que se emitirá la Guía Técnica del Evaluador, documento que contiene la metodología de la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo;

Que, la Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, tiene por finalidad estandarizar el desarrollo de las evaluaciones en las dos fases del proceso de acreditación, buscando lograr mayor precisión en la aplicación de los criterios de evaluación por parte de los evaluadores, para cada uno de los macroprocesos gerenciales, prestacionales y de apoyo;



V. Rojas M.



D. León C.



Con el visado del Director General de la Dirección General de Salud de las Personas, de la Directora General de la Oficina General de Asesoría Jurídica, y del Viceministro de Salud; y,



De conformidad con lo dispuesto en el literal l) del Artículo 8° de la Ley N° 27657 Ley del Ministerio de Salud,

**SE RESUELVE:**

**Artículo 1°.-** Aprobar la: "GUIA TÉCNICA DEL EVALUADOR PARA LA ACREDITACION DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD Y SERVICIOS MÉDICOS DE APOYO", como guía de referencia nacional, de aplicación en los establecimientos de salud públicos y privados del sector, que pertenecen a los niveles I, II y la categoría III-1 en el ámbito nacional incluyendo a los servicios prestados por terceros.

**Artículo 2°.-** La Dirección General de Salud de las Personas, es responsable de la difusión y cumplimiento de la citada Guía Técnica aprobada en la presente resolución.



**Artículo 3°.-** La Guía Técnica entrará en vigencia al día siguiente de la publicación de la presente Resolución Ministerial en el Diario Oficial "El Peruano".

**Artículo 4°.-** Disponer que la Oficina General de Comunicaciones publique la Guía Técnica aprobada en el artículo 1° de la presente resolución, en la dirección electrónica <http://www.minsa.gob.pe/portada/transparencia/informas.asp> de la Portada de Internet del Ministerio de Salud.

Regístrese, comuníquese y publíquese.

  
OSCAR RAUL UGARTE URBIZU  
Ministro de Salud 





PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital De Apoyo II-2 Sullana

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

MINISTERIO DE SALUD

No. 456-2007/MINSA



# Resolución Ministerial

Lima, 04 de JUNIO del 2007

**Visto:** el Expediente N°06-11340B-001, que contiene el Oficio N°1976-2007-DGSP/MINSA

## CONSIDERANDO:

Que, mediante Resolución Ministerial N°703-2006/MINSA del 26 de julio de 2006 se aprobó la NTS N°050-MINSA/DGSP-V.01: "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo";

Que, la Dirección General de Salud de las Personas, ha formulado la propuesta modificatoria de la mencionada norma técnica, cuya finalidad es contribuir a garantizar a los usuarios y al sistema de salud que los establecimientos de salud o servicios médicos de apoyo, según su nivel de complejidad, cuentan con capacidades para brindar prestaciones de calidad sobre la base del cumplimiento de estándares nacionales previamente definidos;

Con la opinión favorable de la Dirección General de Salud de las Personas;

Con el visado del Viceministro de Salud, el Director General de Salud de las personas y el Director General de la Oficina General de Asesoría Jurídica; y,

De conformidad con lo dispuesto en el literal f) del Artículo 8° de la Ley N°27657 Ley del Ministerio de Salud;

## SE RESUELVE:

**Artículo 1°.-** Aprobar la NTS N°050-MINSA/DGSP-V.02: "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo" y tres (03) Anexos, que forman parte integrante de la presente resolución.

  
J. Calderón V.

  
J. Calderón V.

  
V. Zúñiga A.

  
M. A. Paredes B.





**Artículo 2°.-** Encargar a la Dirección General de Salud de las Personas, a través de la Dirección de Calidad en Salud, la difusión e implementación de la mencionada Norma Técnica de Salud.

**Artículo 3°.-** Las Direcciones de Salud y las Direcciones Regionales de Salud a nivel nacional, son responsables de la aplicación de la mencionada Norma Técnica de Salud, en el ámbito de sus respectivas jurisdicciones.

**Artículo 4°.-** Disponer que la Oficina General de Comunicaciones publique en el Portal de Internet del Ministerio de Salud la presente norma técnica.

**Artículo 5°.-** Dejar sin efecto la Resolución Ministerial N°703-2006/MINSA del 26 de julio de 2006.

Regístrese, comuníquese y publíquese

  
E. M. Chottik

  
V. Zumaran A.

  
Magly Garcia B.

  
J. Calderón Y.



Carlos VALLEJOS SOLOGUREN  
Ministro de Salud





PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital De Apoyo II-2 Sullana

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

"AÑO DE LA UNIDAD, LA PAZ Y EL DESARROLLO"

GOBIERNO REGIONAL DE PIURA  
DIRECCION REGIONAL DE SALUD PIURA  
HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA

N° 0064-2024/GOB.REG.PIURA-DRSP-HAS-DE OPE 430020161



### Resolución Directoral

Sullana, 29 de enero de 2024.

#### VISTO:

La Nota Informativa N° 40-2024/HAS-430020165, de Fecha 26 de enero del 2024, de la Oficina de Gestión de la Calidad, el proveído favorable de la Dirección Ejecutiva, de fecha 26 de enero del 2024,

#### CONSIDERANDO:

Que, de acuerdo al documento del Visto, la Dirección Ejecutiva dispone **proyectar el Acto Resolutivo de Aprobación del Cronograma Anual de Rondas de Seguridad del Paciente – Periodo 2024**, con proveído correlativo N° 375 de fecha 26 de enero del 2024;

Que, el Decreto Legislativo N° 1153, tiene por objetivo regular la política Integral de las Compensaciones y Entregas Económicas del Personal de la Salud al Servicio del Estado con la finalidad de que el Estado alcance mayores niveles de equidad, eficacia, eficiencia y preste efectivamente servicios de calidad en materia de salud del ciudadano a través de una política integral de compensaciones y entregas económicas que promueva el desarrollo de personal de la salud al servicio del estado;



Que, el artículo 15° del Decreto Legislativo, dispone que la asignación por cumplimiento de metas institucionales, indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios, es la entrega económica que se otorga una vez al año, al personal de los establecimientos de salud y de las redes, microneas del Ministerio de Salud, sus organismos públicos y Gobiernos Regionales, por el cumplimiento de las metas institucionales, indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios;



Que, el numeral 28.6 del artículo 28 de la Ley N° 31638, Ley de Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2023, dispone que para la asignación por cumplimiento de las metas institucionales, indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios alcanzados en el Año Fiscal 2024 en el marco de lo dispuesto en el artículo 15 del Decreto Legislativo 1153, cuyo pago se realiza en el Año Fiscal 2025, el Ministerio de Salud aprueba, mediante decreto supremo refrendado por el ministro de Economía y Finanzas y el ministro de Salud, a propuesta de este último, los criterios técnicos correspondientes para la definición de las metas, indicadores de desempeño a nivel de resultado, producto, insumo o proceso de programas presupuestales asociadas a dichos pagos, (...);



Que, mediante Decreto Supremo N° 036-2023-SA (30 12 2023), se definen los indicadores de desempeño, compromisos de mejora de los servicios a cumplir en el año 2024 y los criterios técnicos para su aplicación e implementación, para percibir la entrega económica anual a la que hace referencia el artículo 15° del Decreto Legislativo N° 1153, "Decreto Legislativo que regula la política Integral de Compensaciones y Entregas Económicas del Personal de la Salud al Servicio del Estado", de conformidad con lo precisado en el numeral 4.1 del Artículo 4 del acotado dispositivo legal, donde se presenta en el Anexo I: Fichas Técnicas de los indicadores de desempeño y compromisos de mejoras de los servicios del presente Decreto Supremo;



Que, dentro del referido Anexo I que forma parte del Dispositivo Legal que antecede en el considerando presente, se encuentra el Compromiso de mejora de los servicios de Salud, mediante la **Ficha Técnica N° 43: Fortalecimiento de la gestión de riesgos en la atención y la mejora continua de la calidad mediante la aplicación de Rondas de Seguridad del Paciente**, el mismo que define a las Rondas de Seguridad del Paciente, como una herramienta de calidad que permite evaluar la ejecución de las Buenas prácticas de la Atención en Salud, recomendada para fortalecer la cultura de seguridad del paciente, consiste en una visita programada de un servicio, seleccionado al azar en una determinada IPRESS, liderado por la máxima autoridad de esta, para identificar prácticas inseguras durante la atención de salud y establecer contacto directo con el paciente, familia y personal de salud, siempre con actitud educativa y no punitiva;



PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital De Apoyo II-2 Sullana

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

"AÑO DE LA UNIDAD, LA PAZ Y EL DESARROLLO"

GOBIERNO REGIONAL DE PIURA  
DIRECCION REGIONAL DE SALUD PIURA  
HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA

N° 0064-2024/GOB.REG.PIURA-DRSP-HAS-DE.OPE.430020161



### Resolución Directoral

Que, de acuerdo con la Resolución Ministerial N° 163-2020-MINSA, de fecha 02 de abril del 2020 (02.04.2020), se aprueba la Directiva Sanitaria N° 092-MINSA/2020/DGAIN: "Directiva Sanitaria Rondas de Seguridad del Paciente para la gestión del riesgo en la atención de salud",

Que, en virtud a los considerandos precedentes, resulta pertinente atender el requerimiento planteado por la Supervisora de la Oficina de Gestión de Calidad, que solicita al Director Ejecutivo del Hospital de Apoyo II-2 Sullana, proyectar el Acto Resolutivo de Aprobación del Cronograma Anual de Rondas de Seguridad del Paciente – Periodo 2024,

Con las Visaciones de la Oficina de Planeamiento Estratégico, Asesoría Legal, Oficina de Administración y;

En uso de las atribuciones conferidas en la Ley N° 28926, Ley que regula el Régimen Transitorio de las Direcciones Sectoriales de los Gobiernos Regionales, Ordenanza Regional N° 312-2015/GRP-CR, que Aprueba el Reglamento de Organización y Funciones –ROF del Hospital de Apoyo II-2 Sullana, de fecha 16 de mayo del 2015, y de conformidad con la Resolución Ejecutiva Regional N° 0622-2023/GOBIERNO REGIONAL PIURA.GR, de fecha veinte de julio del 2023 (20.07.2023), que resuelve designar a la Médica **MARÍA EUGENIA GALLOSA PALACIOS**, en el cargo de Director Ejecutivo del Hospital de Apoyo II-2 Sullana,

#### SE RESUELVE:

**ARTÍCULO PRIMERO.** Aprobar, con eficacia anticipada al 01 de Enero del 2024, el "Cronograma Anual de Rondas de Seguridad del Paciente – Periodo 2024", cuyo anexo forma parte de la presente resolución.

**ARTÍCULO SEGUNDO.- Disponer,** a la Oficina de Gestión de la Calidad, el seguimiento y control de las acciones del Equipo de Rondas y Seguridad del Paciente.

**ARTÍCULO TERCERO.- Notificar,** la presente Resolución a Dirección Ejecutiva, Oficina de Administración, Oficina de Planeamiento Estratégico, Órgano de Control Interno, Oficina de Gestión de la Calidad, Unidad de Personal etc.

**ARTÍCULO CUARTO.- Encargar,** a la Unidad de Estadística e Informática efectúe la publicación de la presente resolución en la página web del Hospital.

REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y PUBLÍQUESE.



MEGP/JGRC/apz.

GOBIERNO REGIONAL PIURA  
DIRECCION REGIONAL DE SALUD PIURA  
HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA  
Mg. María Eugenia Galloso Palacios  
DIRECTORA EJECUTIVA  
CUI: 4974 RNE 22014



PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital De Apoyo II-2 Sullana

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

CRONOGRAMA ANUAL DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE - PERIODO 2024



IPRESS: HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA

TITULAR IPRESS: MÉD. MARÍA EUGENIA GALLOSA PALACIOS

ENERO		
RONDA	FECHA	HORA
RONDA 1	25/01/2024	10:00 - 12:00

FEBRERO		
RONDA	FECHA	HORA
RONDA 2	15/02/2024	10:00 - 12:00

MARZO		
RONDA	FECHA	HORA
RONDA 3	14/03/2024	10:00 - 12:00

ABRIL		
RONDA	FECHA	HORA
RONDA 4	18/04/2024	10:00 - 12:00

MAYO		
RONDA	FECHA	HORA
RONDA 5	16/05/2024	10:00 - 12:00

JUNIO		
RONDA	FECHA	HORA
RONDA 6	20/06/2024	10:00 - 12:00

JULIO		
RONDA	FECHA	HORA
RONDA 7	11/07/2024	10:00 - 12:00

AGOSTO		
RONDA	FECHA	HORA
RONDA 8	15/08/2024	10:00 - 12:00

SEPTIEMBRE		
RONDA	FECHA	HORA
RONDA 9	19/09/2024	10:00 - 12:00

OCTUBRE		
RONDA	FECHA	HORA
RONDA 10	23/10/2024	10:00 - 12:00

NOVIEMBRE		
RONDA	FECHA	HORA
RONDA 11	20/11/2024	10:00 - 12:00

DICIEMBRE		
RONDA	FECHA	HORA
RONDA 12	19/12/2024	10:00 - 12:00

*[Handwritten signature]*  
 MEd. María Eugenia Gallosa Palacios  
 Médico Titular de IPRESS Hospital de Apoyo II-2 Sullana  
 C.O.P. 12000 - 12000

*[Handwritten signature]*  
 Lic. María Eugenia Gallosa Palacios  
 Lic. en Psicología - Universidad de Lima  
 C.O.P. 12000 - 12000

*[Handwritten signature]*  
 MEd. José Gustavo Rivar Arzaco  
 Médico Titular de IPRESS Hospital de Apoyo II-2 Sullana  
 C.O.P. 12000 - 12000

*[Handwritten signature]*  
 MEd. José Víctor Díaz  
 Médico Titular de IPRESS Hospital de Apoyo II-2 Sullana  
 C.O.P. 12000 - 12000



GOBIERNO REGIONAL DE PIURA  
DIRECCION REGIONAL DE SALUD PIURA  
HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA

N° 0065-2024/GOB.REG.PIURA-DRSP-HAS-DE-OPE.430020161



### Resolución Directoral

Sullana, 30 de enero del 2024.

#### VISTO

La Nota Informativa N°039-2024/HAS-430020165, de Fecha 26 de enero del 2024, de la Oficina de Gestión de la Calidad, el proveydo favorable de la Dirección Ejecutiva, de fecha 26 de enero del 2024,

#### CONSIDERANDO:

Que, de acuerdo al documento del Visto, la Dirección Ejecutiva dispone proyectar la Resolución de Actualización de conformación del **Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente del Hospital de Apoyo II-2 Sullana- Período 2024**, con proveydo correlativo N° 376 de fecha 26 de enero del 2024;

Que, en el marco del Decreto Legislativo N° 1153, se regula la Política Integral de Compensaciones y Entregas Económicas del Personal de la Salud al Servicio del Estado, tiene la finalidad que el Estado alcance mayores niveles de eficacia, eficiencia, y preste efectivamente servicios de calidad en materia de salud al ciudadano, a través de una política integral de compensaciones y entregas económicas que promueva el desarrollo de su personal;

Que, el artículo 15° del Decreto Supremo N° 1153, establece la asignación por cumplimiento de las metas institucionales, indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios, es la entrega económica que se otorga una vez al año al personal de los establecimientos de salud, redes y microrredes del Ministerio de Salud, sus organismos públicos y Gobiernos Regionales por el cumplimiento de las metas institucionales, indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios;

Que, dentro del referido Anexo I que forma parte del Dispositivo Legal que antecede en el considerando presente, se encuentra el Compromiso de mejora de los servicios de Salud; mediante la **Ficha Técnica N° 43: Fortalecimiento de la gestión de riesgos en la atención de salud y la mejora continua de la calidad mediante la aplicación de Rondas de Seguridad del Paciente**, el mismo que define a las Rondas de Seguridad del Paciente, como una herramienta de calidad que permite evaluar la ejecución de las Buenas prácticas de la Atención en Salud, recomendada para fortalecer la cultura de seguridad del paciente, consiste en una visita programada de un servicio, seleccionado al azar en una determinada IPRESS, liderado por la máxima autoridad de esta, para identificar practicas inseguras durante la atención de salud y establecer contacto directo con el paciente, familia y personal de salud, siempre con actitud educativa y no punitiva;

Que, conforme a lo resuelto en el Artículo 2° de la Resolución Directoral N° 062-2023/GOB.REG.PIURA-DRSP-HAS-DE-OPE-430020161, de fecha de fecha 14 de febrero del 2023, se resolvió, Conformar, a partir de la fecha el **'Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente del Hospital de Apoyo II-2 Sullana, para el periodo 2023**, según detalle siguiente;

N°	CARGO	FUNCIÓN
1	Director Ejecutivo	Lider
2	Supervisora de la Oficina de Gestión de Calidad	Secretaria Técnica
3	Supervisor de la Oficina de Administración	Miembro
4	Jefe del Departamento de Enfermería	Miembro
5	Jefe del Servicio de Farmacia	Miembro
6	Jefe de la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental	Miembro
7	Jefe del Departamento de Consulta Externa	Miembro
8	Jefe del Departamento de Medicina	Miembro Temporal





PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital De Apoyo II-2 Sullana

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

GOBIERNO REGIONAL DE PIURA  
DIRECCION REGIONAL DE SALUD PIURA  
HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA

N° 0065-2024/GOB.REG.PIURA-DRSP-HAS-DE.OPE.430020161



### Resolución Directoral

9	Jefe del Departamento de Cirugía	Miembro Temporal
10	Jefe del Departamento de Pediatría	Miembro Temporal
11	Jefe del Departamento de Gineco Obstetricia	Miembro Temporal
12	Jefe del Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico	Miembro Temporal
13	Jefe del Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos	Miembro Temporal
14	Jefe del Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica	Miembro Temporal
15	Jefe del Servicio de Nutrición y Dietética	Miembro Temporal

Que, en virtud a los considerandos precedentes, la Oficina de Gestión de Calidad propone y solicita al Director Ejecutivo del Hospital de Apoyo II-2 Sullana, la actualización de la Resolución de la conformación del "Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente del Hospital de Apoyo II-2 Sullana Período 2024", el mismo que estará integrado por los responsables de los siguientes órganos estructurales;

N°	CARGO	FUNCIÓN
1	Director Ejecutivo	Lider
2	Supervisora de la Oficina de Gestión de Calidad	Secretaria Técnica
3	Supervisor de la Oficina de Administración	Miembro
4	Jefe del Departamento de Enfermería	Miembro
5	Jefe del Servicio de Farmacia	Miembro
6	Jefe de la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental	Miembro
7	Jefe del Departamento de Consulta Externa	Miembro
8	Jefe del Departamento de Medicina	Miembro Temporal
9	Jefe del Departamento de Cirugía	Miembro Temporal
10	Jefe del Departamento de Pediatría	Miembro Temporal
11	Jefe del Departamento de Gineco Obstetricia	Miembro Temporal
12	Jefe del Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico	Miembro Temporal
13	Jefe del Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos	Miembro Temporal
14	Jefe del Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica	Miembro Temporal
15	Jefe del Servicio de Nutrición y Dietética	Miembro Temporal

Con las Visaciones de la Oficina de Planeamiento Estratégico, Asesoría Legal, Oficina de Administración y:

En Uso de las Atribuciones y Facultades conferidas al Director Ejecutivo del Hospital de Apoyo II-2 Sullana, establecidas en el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital de Apoyo II-2 Sullana, aprobado mediante Ordenanza Regional N°312-2015/GRP-CR, de fecha dieciséis de mayo del dos mil quince (16.05.2015); y de conformidad con la Resolución Ejecutiva Regional N° 0622-2023/GOBIERNO REGIONAL PIURA.GR, de fecha 20 de julio del 2023 (20.07.2023), que resuelve designar a la Médico **MARÍA EUGENIA GALLOSA PALACIOS**, en el cargo de Directora Ejecutiva del Hospital de Apoyo II-2 Sullana;

**SE RESUELVE:**

**ARTÍCULO 1°.** - DAR TÉRMINO, la asignación de funciones del "Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente del Hospital de Apoyo II-2 Sullana, para el período 2023, conferidas mediante Resolución Directoral N°062-2023/GOB.REG.PIURA-DRSP-HAS-DE-OPE-430020161, de fecha 14 de febrero del 2023 (14.02.2023).





GOBIERNO REGIONAL DE PIURA  
DIRECCION REGIONAL DE SALUD PIURA  
HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA

N° 0065-2024/GOB.REG.PIURA-DRSP-HAS-DE.OPE.430020161



Resolución Directoral

ARTICULO 2°.- CONFORMAR, con eficacia anticipada al 01 de enero del año 2024, el Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente del Hospital de Apoyo II-2 Sullana Periodo 2024, el mismo que estará integrado por los representantes de los siguientes órganos estructurales:

N°	CARGO	FUNCIÓN
1	Director Ejecutivo	Lider
2	Supervisora de la Oficina de Gestión de Calidad	Secretaria Técnica
3	Supervisor de la Oficina de Administración	Miembro
4	Jefe del Departamento de Enfermería	Miembro
5	Jefe del Servicio de Farmacia	Miembro
6	Jefe de la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental	Miembro
7	Jefe del Departamento de Consulta Externa	Miembro
8	Jefe del Departamento de Medicina	Miembro Temporal
9	Jefe del Departamento de Cirugía	Miembro Temporal
10	Jefe del Departamento de Pediatría	Miembro Temporal
11	Jefe del Departamento de Gineco Obstetricia	Miembro Temporal
12	Jefe del Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico	Miembro Temporal
13	Jefe del Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos	Miembro Temporal
14	Jefe del Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica	Miembro Temporal
15	Jefe del Servicio de Nutrición y Dietética	Miembro Temporal

ARTICULO 3°.- DISPONER, a la Oficina de Gestión de la Calidad, el seguimiento y control de las acciones del Equipo de Rondas y Seguridad del Paciente, conformado en la presente resolución.

ARTÍCULO 4°.- NOTIFICAR la presente Resolución a Dirección Ejecutiva, Oficina de Administración, Oficina de Planeamiento Estratégico, Órgano de Control Interno, Oficina de Gestión de la Calidad, Unidad de Personal, Interesados etc.

ARTÍCULO 5°.- ENCARGAR, a la Unidad de Estadística e Informática efectúe la publicación de la presente resolución en la página web del Hospital.

REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y PUBLÍQUESE.



MEGP/JGRC/apz.