

RESOLUCION DIRECTORAL

Sicuani, 31 de enero de 2022

VISTO: El Informe 024-2022-GR.CUSCO/GRSC/U.E-409-HACRS/OGC

CONSIDERANDO:

Que, la Ley 26842, Ley General de Salud, establece que la salud es una condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, por lo que la protección de la salud es de interés público, y por tanto responsabilidad del Estado regularla y promoverla;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 456-2007-MINSA se aprueba la Norma Técnica de Salud 050-MINSA /DGSP'-V-02, que tiene por finalidad contribuir y garantizar a los usuarios y al sistema de salud que los establecimientos de salud, según su nivel de complejidad, cuenten con capacidades para brindar prestaciones de calidad sobre la base del cumplimiento de estándares nacionales previamente establecidos;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 519-2006-MINSA, se aprueba el documento técnico del "Sistema de Gestión de Calidad en Salud", que tiene por objeto establecer los procesos, normas, metodologías y procesos para la implementación del sistema de Gestión de Calidad en salud, orientado a obtener resultados para la mejora de la calidad de atención en los servicios de salud;

Que, dentro del Marco Técnico Normativo antes invocado es necesario operativizar las actividades y tareas para alcanzar los objetivos establecidos, a través de la oficialización de instrumentos de carácter técnico como son los Términos de Referencia, mediante los cuales se obtendrá los productos exigidos;

Que, mediante Informe N°. 024-2022-GR.CUSCO/GRSC/U.E.-409-HACRS/OGC, la responsable de la Unidad de Gestión de Calidad de la Unidad Ejecutora 409 Hospital Alfredo Callo Rodríguez, presenta los Términos de Referencia (TdR), de los diferentes componentes de Garantía y Mejora de la Calidad en Salud del presente año 2022, que se viene aplicando, debiendo regularizarse su oficialización mediante acto Resolutivo;

Que, los términos de referencia (TdR), que se vienen aplicando actualmente en el Hospital Alfredo Callo Rodríguez, son: Término de Referencia de Auditoría de la Calidad en Salud, Término de Referencia de Seguridad del Paciente, Término de Referencia "Implementación y Fortalecimiento de Mecanismos de la Atención al Usuario", Término de Referencia "Proyectos de Mejora Continua", Término de Referencia "Evaluación de Satisfacción del Usuario Externo-Encuestas Rápidas", Término de Referencia "Auto Evaluación Para la Acreditación", Guías de Práctica Clínica Basadas en Evidencia Científica a su Adherencia;

Que, mediante Memorandum 050-2022-GR.CUSCO/DRSC/UE.409-HACRSA/DE, la Dirección de la Unidad Ejecutora 409-Hospital Alfredo Callo Rodríguez, dispone emitir la Resolución Directoral, de aprobación de los Términos de Referencia (TdR), de los diferentes componentes de Garantía y Mejora de la Calidad en salud de 2022 para la Unidad Ejecutora 409 Hospital Alfredo Callo Rodríguez-Sicuani;

En uso de las facultades administrativas delegadas mediante, Ley 27783 Ley de bases de descentralización, Ley 27867 Ley orgánica de Gobiernos Regionales y su Modificatoria aprobada por Ley 27902, Resolución Ministerial 879-2004/MINSA, que aprueba el Convenio 028-2004-MINSA y Resolución Directoral N° 0645-2020-OGRH, y Resoluciones Directorales N° 903-2020-DRSC/OGRH y N° 01279-2021-GRSC/OGRH de Ratificación de Asignación de Funciones de la Dirección de la Unidad Ejecutora N° 409-Hospital Alfredo Callo Rodríguez;

RESOLUCION DIRECTORAL

Sicuani, 31 de enero de 2022

Estando al visto bueno de la Jefatura de Administración, Asesoría Legal Interna y Jefe de la Unidad de Calidad de la Salud, de la Unidad Ejecutora 409 Hospital -Alfredo Callo Rodríguez-Sicuani;

SE RESUELVE:

Artículo 1º. – APROBAR los Términos de Referencia (TdR) de los diferentes Componentes de Garantía y Mejora de la Calidad en Salud para el año 2022, de la Unidad Ejecutora 409-Hospital Alfredo Callo Rodríguez, que, en anexo forma parte de la presente resolución, de acuerdo al siguiente detalle:

- ✓ Término de Referencia de Auditoría de la Calidad en Salud. (05 folios)
- ✓ Término de Referencia de Seguridad del Paciente. (05 folios)
- ✓ Término de Referencia "Implementación y Fortalecimiento de Mecanismos de la Atención al Usuario" (08 folios).
- ✓ Término de Referencia "Proyectos de Mejora Continua" (04 folios).
- ✓ Término de Referencia "Evaluación de Satisfacción del Usuario Externo-Encuestas Rápidas" (05 Folios).
- ✓ Término de Referencia "Auto Evaluación Para la Acreditación "(04 folios).
- ✓ Guías de Práctica Clínica Basadas en Evidencia Científica a su Adherencia", (05 Folios).

Artículo 2º. TRANSCRIBIR la presente resolución a la interesada e instancias correspondientes, para su conocimiento y fines consiguientes.

REGISTRESE Y COMUNIQUESE:



GOBIERNO REGIONAL DEL CUSCO
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD CUSCO
U.E. 409 HACR - SICUANI

Dr. Juan José Cordero Pérez
C.I. 10817 R.R. 025045
DIRECCIÓN EJECUTIVO



“AUDITORIA DE LA CALIDAD DE ATENCION EN SALUD HOSPITAL ALFREDO CALLO RODRIGUEZ, AÑO FISCAL 2022”
TERMINO DE REFERENCIA

POBLACION OBJETIVO: Comités de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud, Comité de Auditoria Medica y Equipos de Auditoria de la calidad del Hospital Alfredo Callo Rodríguez del segundo nivel de atención.

PRODUCTO:



Personal con competencias para el cumplimiento de la funciones establecidas en la Norma Técnica de Auditoria de la Calidad de Atención en Salud, Directiva Administrativa para el Proceso de Auditoria de Caso de la Calidad de Atención en Salud, en el marco del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, contribuyendo a la mejora continua del desempeño de los profesionales de la salud en nuestra Región.

ACTIVIDAD:

Planificación del Programa, desarrollo de las actividades, ACAS, Análisis de los informes de ACAS, Socialización de los resultados ACAS.

CÓDIGO:

Responde al Plan Táctico de la Oficina de Gestión y Calidad Sanitaria del Hospital Alfredo Callo Rodríguez.

INSTANCIA RESPONSABLE:

Oficina de Gestión y Calidad Sanitaria.

FUENTE DE FINANCIAMIENTO:

Recursos Ordinarios

CALENDARIO

Febrero a Diciembre del 2022

I. FUNDAMENTACION:

La Auditoria de la Calidad de la Atención en Salud, es el procedimiento Sistemático y continuo de evaluación del cumplimiento, por los profesionales de salud, de estándares y requisitos de calidad de los procesos de atención en salud a los usuarios de manera individual y que tienen como finalidad fundamental la búsqueda de la mejora continua de las atenciones en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo.

Esto implica: La realización de actividades de evaluación y seguimiento de procesos en salud definidos como prioritarios. □ La comparación entre la calidad observada y la calidad esperada, la cual debe estar previamente definida mediante guías y normas técnicas científicas y administrativas y la propuesta e implementación de recomendaciones tendientes a corregir las desviaciones y el seguimiento de las mismas.



DIRECCION HOSPITAL ALFREDO CALLO RODRIGUEZ SICUANI
DIRECCION DE GESTION Y CALIDAD SANITARIA

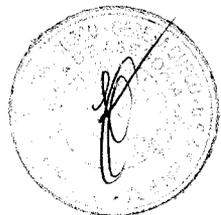
El propósito es el de orientar a los diferentes actores del sistema hacia una adecuada manera de implementar dichos procesos dentro del marco del Sistema de Gestión de la Calidad, lo cual constituye una prioridad del HACRS.

La auditoría se define como un componente de mejoramiento continuo en nuestro sistema, entendido como el mecanismo sistemático y continuo de evaluación del cumplimiento de estándares de calidad en salud, en contraste con la realidad de las prestaciones efectuadas.

La auditoría de la calidad de atención en Salud identifica oportunidades para mejorar la atención de los pacientes, facilitando cambios hacia el desarrollo de la Medicina Basada en Evidencias, dentro del marco ético-legal, buscando continuamente contribuir a mejorar el desempeño de los profesionales de la Salud en la prestación de la atención en los establecimientos del sector Salud.

En este TDR, se establecen las actividades para consolidar la implementación de la Norma Técnica de Auditoría de la calidad de Atención en nuestro Hospital, con la finalidad de mejorar los procesos inmersos en esta, asimismo, lograr la mejora de competencias del Comité de Auditoría de la Calidad del Hospital garantizando de esta forma el cumplimiento de estándares de la calidad en Salud y mejora de la calidad de la Atención en Salud.

El comité de Auditoría de la Calidad de atención en Salud debe ejecutar Auditorías de la calidad de atención en salud, que no estén contemplados dentro del plan y según instancia correspondiente a pedido expreso y oficial de la autoridad máxima del Hospital.



II. FINALIDAD.

Fortalecer el mecanismo sistemático y continuo de evaluación del cumplimiento de estándares de la calidad en Salud, para mejorar la calidad de la Atención en Salud, incidiendo en el desempeño de los profesionales de la salud que brindan atención de salud e nuestro Hospital.

III OBJETIVOS GENERAL.

Establecer las acciones que deben ser desarrolladas, a través del Comité del Hospital ACR, Auditoría de la Calidad de Atención en Salud, para el periodo Marzo a diciembre del 2021.

IV OBJETIVO ESPECÍFICO.

Evaluar y analizar los informes de ACAS del HACRS.

V BASE LEGAL.

- Ley N° 26842 , Ley General de Salud.
- Ley N° 27657, Ley del Ministerio de Salud.
- Ley N° 27813, Ley del SISTEMA Nacional coordinado y Descentralizado de Salud.
- Ley N° 27815, Ley del Código de Ética de la Función Pública.



DIRECCION HOSPITAL ALFREDO CALLO RODRIGUEZ SICUANI
DIRECCION DE GESTION Y CALIDAD SANITARIA

- D.S. N° 013-2006-S.A. Reglamento de Establecimiento e Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- R.M. N° 519-2005/MINSA, Sistema de Gestión de la Calidad de la Atención en Salud.
- R.M. N° 776-2004/MINSA, Norma Técnica de la Historia Clínica de los establecimientos de Salud del Sector Público y Privado.
- R.M. N° 502-2016/MINSA, que aprueba la NT. N° 029-MINSA/DGSP-V.02. Norma Técnica de Auditoria de la Calidad de Atención en Salud.
- R.M. N° 889-2007/MNSA, que aprueba la Directiva Administrativa N° 123-MINSA/DGSP-V.01. Directiva Administrativa para el Proceso de Auditoria de Caso.
- R.D. N° 0890-2011-DRSC/DGDPH QUE reconforma el Comité de Auditoria de la Calidad de Atención en Salud de la Diresa.



VI AMBITO DE APLICACIÓN.

El TDR DE Auditoria de la calidad de Atención en Salud es de aplicación en el Hospital Alfredo Callo Rodríguez de Sicuani.

VII ESTRATEGIAS.

- Articulación de la Norma Técnica de Auditoria de la Calidad de Atención en Salud con criterios de acreditación, prioridades sanitarias locales, en el marco de la Atención Integral de Salud.
- Sensibilización, capacitación y empoderamiento del personal de Hospital Alfredo Callo Rodríguez en la aplicación de la Auditoria de la calidad de atención en Salud, como un proceso de cambio continuo.
- Priorizar fundamentalmente las atenciones relacionadas a la prevención de la Mortalidad Materna, perinatal e infantil, así como, de los servicios de salud críticos, emergencia, centro obstétrico, Centro Quirúrgico.
- Crear espacios de retroalimentación o socialización de los informes de ACAS.

VIII METODO Y CONTENIDO.

El presente TDR comprende dos sub-tares asociadas:

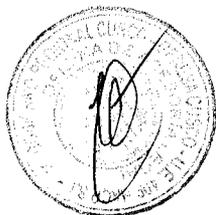
- Evaluación de informes de ACAS del Hospital ACR, para lo cual el Comité local ACAS deberá reunirse de acuerdo a agenda.
- Socialización de los resultados de los ACAS, Con la convocatoria del comité.

METODOLOGIA.

- Expositiva.
- Taller.

CONTENIDO:

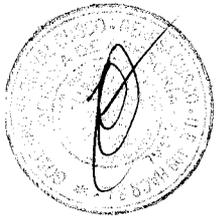
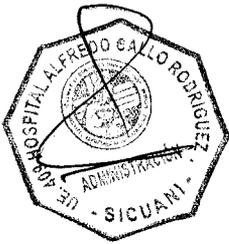
- N.T. 029. DE AUDITORIA.
- AUDITORIA DE LA CALIDAD DE ATENCION EN SALUD.
- AUDITORIA DE EVALUACION DE LA CALIDAD DE REGISTRO.





X. PRESUPUESTO POR ESPECÍFICAS DE GASTO:

Partida	N° días	N° Personas	Costo unitario	Total	Fuente Financiamiento
23.27.101 Seminarios y Talleres (Refrigerios)	02 Refrigerio : para 02 días	40	10.00	800.00	RO
Total		80		800.00	





**“PLAN DE T.D.R. DE SEGURIDAD DE PACIENTE
 HOSPITAL ALFREDO CALLO RODRIGUEZ, AÑO FISCAL 2022”
TERMINO DE REFERENCIA**

POBLACION OBJETIVO: Personal profesional y Equipos de Salud del Hospital Alfredo Callo Rodríguez del segundo nivel de atención.

PRODUCTO:



Personal de salud con competencias para el cumplimiento de la funciones establecidas en el marco del Sistema de gestión de la calidad en salud, aprobado mediante la R.M. N° 456-2007/MINSA. “ Que mediante la resolución ministerial N° 308-2010/MINSA se aprobó la Lista de Verificación de la seguridad de Cirugía” dejándose sin efecto en su artículo 3° , la Resolución Ministerial N° 533-2008/MINSA, Que aprobó los criterios mínimos de la Lista de chequeo de Cirugía Segura.

ACTIVIDAD:

en el ANTES, Planificación del Programa, durante aplicación de Metodologías apropiadas a la capacitación de la Norma Técnica. DESPUES, Realización del informe final de la capacitación realizada.

CÓDIGO:

Responde al POI, Plan Táctico de la Oficina de Gestión y Calidad Sanitaria del Hospital, responde al cumplimiento de las funciones generales y específicas que están contempladas en el funcionamiento de Hospitales . Comprendido en el componente No estratégico de implementación de la Capacitación de Recursos Humanos de profesionales de la Salud.

INSTANCIA RESPONSABLE: OFICINA de Gestión y Calidad Sanitaria.

FUENTE DE FINANCIAMIENTO: Recursos Ordinarios

CALENDARIO enero a diciembre del 2022

I. FUNDAMENTACION:

Los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo deben evaluar continuamente la calidad de atención de salud que brindan, con el fin de identificar y corregirlas deficiencias que afectan el proceso de atención. Un componente de la gestión Hospitalaria es la gestión de la calidad. el sistema de GESTION DE LA Calidad tiene por objetivo mejorar continuamente la calidad de los



DIRECCION HOSPITAL ALFREDO CALLO RODRIGUEZ SICUANI
DIRECCION DE GESTION Y CALIDAD SANITARIA

servicios, recursos y tecnologías. Este sistema tiene cuatro componentes: Planificación, Organización, Garantía y mejora e información para la calidad.

El componente Garantía y Mejora de la Calidad son el conjunto de acciones que se llevan a cabo para regular y consolidar el desempeño, en forma continua de tal manera que la atención prestada sea lo más efectivo, eficaz y segura posible, orientada siempre a la satisfacción del usuario.

En el marco de las normas del sistema de gestión para la calidad, uno de los procesos de los que se vale este componente es la Seguridad de paciente de establecimientos de Salud.

La seguridad del paciente de los establecimientos de salud, es un proceso de evaluación periódica con la finalidad de promover acciones de mejoramiento continuo de la calidad de atención y el desarrollo armónico de los servicios de un establecimiento de salud, está basada en la comparación del desempeño del prestador de salud con una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar, formulados por los actores clave de la atención de la salud.

Que en la resolución WHA55.18, aprobada en la 55° Asamblea Mundial de la Salud de la Organización Mundial de la Salud celebrada en Ginebra, se instó a los Estados miembros a prestar la mayor atención posible al problema de la Seguridad de los pacientes, así como a establecer y consolidar sistemas de base científica, necesarios para mejorar la seguridad del paciente y la calidad de la atención sanitaria en particular la vigilancia de los medicamentos el equipo médico y la tecnología.

- **ADHERENCIA DE LAVADO DE MANOS** en el marco de la Guía Técnica para la implementación del proceso de higiene de manos en los Establecimientos de salud RM N°255-2016/ MINSA se fortalecerá las competencias y la Evaluación de la Adherencia a la Técnica del Proceso de Higiene de Manos, a fin de articular e integrar los diversos procesos que garanticen una adecuada atención en Salud para el usuario que acude a los establecimientos de salud del ámbito de la IPRESS.

FORTALECIMIENTO DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA APLICACIÓN DE LA LISTA DE VERIFICACION DE SEGURIDAD DE LA CIRUGIA en el marco de la RM N° 308-2010 / MINSA y la guía técnica de Implementación de la Lista de Verificación de Seguridad de Cirugía, aprobada con RM N° 1021- 2010 / MINSA, se implementa la aplicación de la lista de seguridad de la cirugía, articulando esfuerzos entorno a la seguridad del paciente de una manera sistemática y organizada, los hospitales identifican la naturaleza de los eventos adversos en los servicios, analizan y formulan propuestas de mejora, socializando sus intervenciones e implementando algunas buenas prácticas para la seguridad del paciente, involucrando al usuario en este proceso de mejora.

- **INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE SALUD** La Prevención y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS) se basan en estrategias ligadas principalmente a las buenas prácticas de atención; sin embargo, diversas características de la prestación de atención de salud, entre las que destacan los métodos invasivos de exploración y los procedimientos; se plantean como nuevos retos, para lo cual se ha trabajado bajo tres componentes como son



Vigilancia, como actividad en que los reportes son herramientas de gestión para los servicios hospitalarios, Capacitación a fin de fortalecer los conocimientos del personal asistencial y administrativo en prevención y control de las IAAS .

- **EVENTOS ADVERSOS Y EVENTOS CENTINELA** , la implementación es parcial cuyo resultado nos muestra la incidencia de eventos adversos relacionados con la asistencia sanitaria , procesos inseguros, ausencia de una cultura de seguridad entre otros en los servicios hospitalarios , sin embargo la frecuencia de los eventos adversos aun es poco identificado, la notificación es incipiente, pone de manifiesto la necesidad de identificar y desarrollar estrategias para mejorar la seguridad del paciente en el entorno socio sanitario, siendo la prioridad estratégica de seguir las recomendaciones basadas en la evidencia; difundir las buenas prácticas; y aplicar la garantía para la seguridad clínica.



- **RONDAS DE SEGURIDAD**, es una de las estrategias básicas de intervención en seguridad e paciente que a través de un conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y tecnologías basado en evidencias científicamente probadas, propenden a minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención o de mitigar sus consecuencias, a fin de promover la mejora continua en las prestaciones de servicios de salud; en este contexto se determina como practica recomendada para fortalecer los servicios clínicos y no clínicos relacionados con el cuidado de los pacientes incluyendo el involucramiento del personal en la cultura de seguridad institucional, garantizar la protección del paciente y su familia de los riesgos y daños evitables que derriban de la atención médica especializada y otras prestaciones de servicios de salud que se brindan.

En ese contexto la Unidad de Calidad del Hospital Alfredo Callo Rodríguez y su componente el Comité de Seguridad de paciente han elaborado un Plan de TDR dando cumplimiento a la normatividad vigente emanada por ente Regional DIRESA Cusco y ente central Rector, Ministerio de Salud, con una visión integral de que los Hospitales cumplan con los requisitos mínimos de calidad.

II OBJETIVO GENERAL.

Reducir los Eventos Adversos en la atención de los usuarios de áreas críticas del Hospital Alfredo Callo Rodríguez.

Reforzar las prácticas de seguridad establecidas y fomentar la comunicación y el trabajo en equipo entre disciplinas clínicas.

III OBJETIVO ESPECÍFICO.

1. Promover y fortalecer una cultura de seguridad del paciente orientada hacia la reducción de riesgos en los establecimientos e salud.
2. Promover la participación de los usuarios internos y externos estableciendo una alianza con el paciente y su familia.
3. Difundir las prácticas seguras de atención y fomentar el desarrollo de la investigación en seguridad y gestión del conocimiento en seguridad del



paciente.

4. Implementar un Plan de Seguridad para reducir la frecuencia de eventos adversos detectados en el Estudio de Prevalencia IBEAS Perú.
5. Mejorar la seguridad de sus operaciones y reducir el número de complicaciones y de defunciones quirúrgicas innecesarias.

IV METODOLOGIA

- Expositiva y/o virtual.
- Taller.

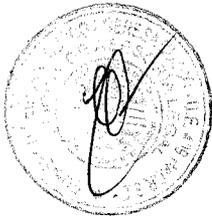
V. CONTENIDO

- Seguridad del Paciente, marco normativo, conceptos, aplicaciones, criterios de programación.
- Lista de chequeo quirúrgico, segundo reto mundial, antecedentes, normativa vigente.
- Análisis FODA de la implementación de Lista de Cirugía Segura estandarizado, conclusiones y recomendaciones.
- Rondas de seguridad, conceptos, metodología, Beneficios, dificultades, seguimiento.
- Adherencia a la Higiene de manos. Concepto, normas técnicas, prácticas demostrativas.
- Problematización de las IAAS.
- Conclusiones y recomendaciones.



VI RECURSOS HUMANOS:

- 10 Médicos.
- 12 Enfermeras
- 12 Obstetras.
- 10 Técnicos en Enfermería.
- 10 otros.



PONENTES:

- Responsable de la Oficina de Calidad.
- Comité de Seguridad de paciente.
- Otro ponente (Diresa Cusco)

VII CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.

FECHA	HORA	ACTIVIDADES	RESPONSABLES
	8.00 am- 8.30 am	Inscripción de participantes	Equipo organizador.
	8.30 am-9.00 am	Inauguración del evento	Equipo



GOBIERNO REGIONAL DEL CUSCO
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD CUSCO
UNIDAD EJECUTORA 409



DIRECCION HOSPITAL ALFREDO CALLO RODRIGUEZ SICUANI
DIRECCION DE GESTION Y CALIDAD SANITARIA

20/04/22			organizador.
	9.00 am-11.00 am	Seguridad del paciente, marco normativo, conceptos, aplicaciones, criterios de programación	Lic. Lucia Ramos
	11.00 am-11.15 am	REFRIGERIO	
	11.15 am-13.00 pm	Lista de chequeo quirúrgico, antecedentes, normativa vigente	Lic. Heydi Zambrano
	13.00 pm-14.30 pm	RECESO	
	14.30 pm-15.45 pm	Análisis FODA de la implementación de Lista de Cirugía Segura estandarizado, conclusiones y recomendaciones.	Dra. Elbia Yépez. (GERESA Cusco)
	15.45 Pm-17.30 pm	Rondas de seguridad, conceptos, metodología, Beneficios, dificultades, seguimiento.	Dra. Elbia Yépez. (GERESA Cusco)
21/04/22	8.00-8.30 am	Consignación de asistencia de participantes	Equipo organizador.
	8.30-10.00	Adherencia a la Higiene de manos. Concepto, normas técnicas, prácticas demostrativas.	Equipo organizador.
	10.00-10.15 am	REFRIGERIO	
	10.15-13.00 pm	Practica de Higiene de manos	Equipo organizador.
	13.00-14.30 pm	RECESO	
	14.30-15.30 pm	Problematización de las IAAS.	Lic. Dancy Labra.
	15.30-17.30 pm	Conclusiones y recomendaciones.	Equipo organizador.
	17.30-18.00 pm	Post-test	Equipo organizador.
	18.00 pm	Clausura del evento	Equipo organizador.

VIII. PRESUPUESTO POR ESPECÍFICAS DE GASTO:

FUENTE DE FINANCIAMIENTO: Recursos Ordinarios

Partida	N° días	N° Personas	Costo unitario	Total	Fuente Financiamiento
23.27.101 Seminarios y Talleres (Refrigerios)	02 Refrigerio : mañana y tarde	108	10.00	1080.00	RDR
Total		108		1080.00	



“IMPLEMENTACION Y FORTALECIMIENTO DE MECANISMOS DE ATENCION AL USUARIO EN EL HOSPITAL ALFREDO CALLO RODRIGUEZ DEL II NIVEL DE ATENCION A TRAVES DE LA PLATAFORMAS DE ATENCION AL USUARIO – 2022”

TERMINO DE REFERENCIA



POBLACION OBJETIVO: Usuarios externos de Salud, Responsables de Libro de Reclamaciones y PAUS, Personal de Salud, Equipo Técnico de Calidad de la U.E. N| 409-Hospital Alfredo Callo Rodríguez de II nivel de atención

PRODUCTO:

Usuarios externos de salud, personal de salud, informados sobre mecanismos de atención de Reclamaciones y Sugerencias en salud, fortalecidos en Derechos y deberes del usuario a los servicios de salud, promoviendo la mejora continua en salud que contribuya a mejorar la calidad de atención.

ACTIVIDAD:

Planificación y organización de la PAUS (Plataforma de Atención al Usuario), desarrollo de las actividades en el marco de los Derechos del Usuario y Directiva Administrativa para la Atención de Reclamos y Sugerencias, elaboración de informes semestrales y anual de Reclamos en salud



INSTANCIA RESPONSABLE: Oficina de Gestión de Calidad y Comité de Reclamaciones y Sugerencias.

FUENTE DE FINANCIAMIENTO: Recursos Ordinarios

CALENDARIO: Enero a Diciembre 2022

I. FUNDAMENTACION:

El proceso de atención a los usuarios en salud está basado en un modelo centrado en los usuarios/ciudadanos quienes deben ser atendidos con calidad y calidez en todas las instituciones, sean públicas o privadas. Estos servicios deben ser accesibles y tener varios canales de atención para que los usuarios puedan realizar sus consultas, sugerencias, felicitaciones y presentar reclamos en forma presencial y no presencial; así como para recibir información y orientación por personal calificado sobre los servicios que brinda la institución.

A través de la Directiva Administrativa para la Atención de Reclamos y Sugerencias, aprobada con Resolución Directoral N°1241-2020-DRSC/OGRH, basado en el Decreto Supremo 022-2019.SA SUSALUD sobre el Reglamento de atención de Reclamaciones

Para el desarrollo de este proceso el hospital cuenta con una Plataforma de Atención al Usuario que es el área en donde se atienden las consultas y reciben los



DIRECCION HOSPITAL ALFREDO CALLO RODRIGUEZ SICUANI
DIRECCION DE GESTION Y CALIDAD SANITARIA

reclamos y las sugerencias, propiciando la prevención de los conflictos. Esta área cuenta con infraestructura, equipamiento adecuado y el personal responsable para brindar atención a los usuarios.

En relación a los mecanismos de escucha, permite recoger el reclamo directo del usuario a través del sistema de recojo de información las cuales nos permiten identificar las áreas críticas de la institución, con el fin de fortalecer el sistema, debe implementarse la Plataforma de la atención de los Reclamos y Sugerencias de Usuarios en la IPRESS, en el contexto del Modelo de Manejo de Reclamos, cuyo propósito es absolver los problemas organizacionales y prestacionales interponiendo buenos oficios por los responsables de esta área.



De acuerdo a la evaluación del año 2021, se tienen los siguientes resultados:

CUADRO N° 1
TOTAL DE RECLAMOS ESTABLECIDOS SEGÚN CAUSA

CAUSA DEL RECLAMO	N°	DETALLE
Demora en la entrega de formatos en la IPRESS		
Demora en la prestación de servicios de Salud	2	Demora en la atención de emergencia por demanda de servicio, por falta o demora del personal.
Deficiencia en la información brindada en el EESS		
Demora de acceso a los servicios de atención al asegurado		
Disconformidad por el cobro de gastos no cubiertos		
Disconformidad por los cobros por la atención		
Calidad de la Atención en Salud	1	Relacionado con la Hospitalización.
Deficiencia en el orden y la limpieza y Bioseguridad del EESS		
Relativos a la infraestructura y el equipamiento		
No conformidad con la prescripción, el suministro de medicamentos o insumos en los EESS		
Disconformidad con el trato recibido	1	Descortesía del personal asistencial no medico
Disconformidad con el trato recibido		
Confidencialidad y consentimiento informado		
Otros relativos a la prestación		

En el Año 2021, se ha tenido cuatro Reclamos suscrito en el Libro de Reclamaciones, de los cuales dos reclamos no procede debido no consignan los datos completos,



DIRECCION HOSPITAL ALFREDO CALLO RODRIGUEZ SICUANI
DIRECCION DE GESTION Y CALIDAD SANITARIA

ilegibles, los otros dos reclamos presentados en el mes de mayo se ha emitido las Cartas de Respuesta al usuario respectivo en el mes de julio 2021.

De acuerdo a los servicios en donde se identificaron insatisfacción tenemos:

CUADRO N°2

RECLAMOS RECIBIDOS SEGÚN UNIDAD/SERVICIOS EN DONDE SE PRESENTO EL RECLAMO DEL AÑO 2020

UNIDAD/SERVICIO DE SALUD DE QUIEN SE PRESENTO RECLAMO	NUMERO DE RECLAMOS ESTABLECIDOS
SERVICIO DE MATERNIDAD	01
UNIDAD DE VIGILANCIA	01
SERVICIO DE EMERGENCIA OBSTETRICA.	02
TOTAL	04



En el Año 2021, el presente cuadro nos muestra que la insatisfacción de la prestación brindada ocurrieron en TRES servicios como es: Hospitalización de Maternidad, Unidad de Vigilancia, servicio de Emergencia Obstetrica.

- 1.1. Según la clasificación de los reclamos establecidos, y el proceso de manejo de los mismos se tiene :

CUADRO N° 3. RECLAMOS SEGÚN CLASIFICACION

TOTAL DE RECLAMOS	CLASIFICACION DEL RECLAMO		
	FUND.	INFUND.	IMPROC.
04	01	01	02

CUADRO N°4. PROCESO DE ATENCION DE RECLAMOS

NUMERO RECLAMOS CON		NUMERO DE RECLAMOS EN	
EXPEDIENTE	INFORME O CARTA	TRAMITE	RESUELTO
02	02	0	02

EN los cuadros 3 y 4, se puede observar de los cuatro reclamos presentados, de los cuales dos reclamos fueron improcedentes por datos incompletos, ilegibles, no facilitándose realizar la investigación respectiva, los dos reclamos se emitieron la Carta de respuesta al usuario, considerándose resuelto.



1.2. De acuerdo a la forma de negociación con respecto al manejo de reclamaciones se tiene:

CUADRO N° 5. RECLAMOS SOLUCIONADOS SEGÚN IBOS/TRATO DIRECTO



N° DE RECLAMOS SOLUCIONADOS POR IBOS	N° DE RECLAMOS SOLUCIONADOS POR TRATO DIRECTO
118	0

El total de Interposición de buenos oficios presentados fueron 218, de los cuales solo 118 reclamos fueron solucionados el 54%, los demás casos en proceso y otros improcedentes. los reclamos de trato directo no se tuvo en el Año 2021

1.3. De acuerdo a las sugerencias establecidas en el establecimiento a través de la PAUS/Buzones de sugerencias se tiene :

SUGERENCIAS PRESENTADAS POR PLATAFORMA DE ATENCION	SUGERENCIAS PRESENTADAS POR BUZON DE SUGERENCIAS	N° DE SUGERENCIAS EN PROCESO DE IMPLEMENTACION	N° DE SUGERENCIAS IMPLEMENTADAS	N° DE SUGERENCIAS IMPROCEDENTES
10	0	06	02	02

EN el año 2021, se ha tenido un total de diez sugerencias.

II. FINALIDAD.

Contribuir a una adecuada atención y manejo de Reclamos y sugerencias interpuestos por usuarios de los servicios de salud con respecto a la prestación recibida en la IPRESS del II nivel de atención de la U.E.N°409-Hospital Alfredo Callo Rodríguez.

III. OBJETIVO:

Contribuir a mejorar la calidad de atención a los usuarios estableciendo pautas de funcionamiento de la Plataforma de Atención al Usuario (PAU) con el propósito de fortalecer la satisfacción del usuario

IV. OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- Fortalecer la satisfacción de usuario a través de una atención de calidad y la resolución de conflictos
- Contribuir a fortalecer las capacidades del personal de salud de la U.E.N° 409-Hospital Alfredo Callo Rodríguez en la atención del usuario, para mejorar la calidad de las prestaciones en sus diferentes niveles de atención.
- Establecer los lineamientos para el procedimiento de atención de los reclamos y sugerencias de los usuarios de salud, para establecer mecanismos de mejora



DIRECCION HOSPITAL ALFREDO CALLO RODRIGUEZ SICUANI
DIRECCION DE GESTION Y CALIDAD SANITARIA

continúa de los servicios, promover soluciones oportunas y directas ante la insatisfacción del usuario con la prestación del servicio.

- Promover a la difusión de derechos y deberes de usuarios de salud

V. BASE LEGAL

- Ley N° 26842, Ley General de Salud.
- Ley N° 27657, Ley del Ministerio de Salud.

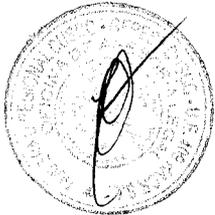
Decreto Supremo N° 023-2005-S.A. Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.

Ley N° 27783, Ley de Bases de la Descentralización.

Ley N° 27867, Ley Orgánica de Gobiernos Regionales.

Ley N° 27972, Ley Orgánica de Municipalidades.

- Ley N° 29414, Ley que establece los Derechos de las Personas usuarias de los Servicios de Salud.
- R.M. N° 519-2006-SA/MINSA, que aprueba el documento técnico Sistema de Gestión de la Calidad en Salud.
- R.M. N° 640-2006/MINSA, que aprueba el Manual para la Mejora Continua de la Calidad.
- R. M. N° 589-2007/MINSA, que aprueba el Plan Nacional Concertado de Salud.
- R.M. N° 596-2007/MINSA, Que aprueba el Plan Nacional de Gestión de la Calidad en Salud.
- R.M. N° 527-2011/MINSA, que aprueba la Guía Técnica para la Evaluación de la satisfacción del Usuario externo en los establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- R.M. N° 623-2008/MINSA, que aprueba la Metodología para el estudio del Clima Organizacional.
- R.M. N° 468-2011/MINSA, que aprueba el Documento Técnico " Metodología para el estudio del Clima Organizacional-V.02.
- R.D.N° 0499-2011-DRSC/DGDPH, que conforma el Comité Técnico Regional de Clima Organizacional de la Dirección Regional de Salud Cusco.
- D.S. N° 031-2014-SA, Que aprueba el Reglamento de Infracciones y Sanciones de la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD).
- D.S. N° 026-2015-SA, Que aprueba el Reglamento del Procedimiento de Transferencia de Funciones del Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y de la Protección de la Propiedad Intelectual INDECOPI a SUSALUD, en el marco del D.L. N° 1158.
- D.S. N° 030-2016-S.A. Reglamento para la Atención de Reclamo y Quejas de los usuarios de IAFAS, IPRESS y UGIPRESS, públicas, privadas y mixtas.
- D.S. N° 002-2019-S.A. Aprueban Reglamento para la Gestión de Reclamos y Denuncias de los usuarios de las IAFAS, IPRESS, UGIPRESS, públicas, privadas o mixtas.



VI AMBITO DE APLICACIÓN.

El presente Reglamento es aplicable a las IAFAS, IPRESS y UGIPRESS,



DIRECCION HOSPITAL ALFREDO CALLO RODRIGUEZ SICUANI
DIRECCION DE GESTION Y CALIDAD SANITARIA

Públicas, privadas o mixtas a nivel nacional, a los usuarios o terceros legitimados en su relación con dichas instituciones, así como a SUSALUD 4.2. EN el caso de las IAFAS señaladas en los numerales 6) y 7) del artículo 7 del Texto Único Ordenado de la Ley N° 29344, ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 020-2014-SA. SUSALUD, resuelve como instancia de Queja. para estas IAFAS, los procedimientos para la atención de consultas y Reclamos son determinados por la Superintendencia de Banca y Seguros y Administradoras de Fondos de Pensiones.



Con el D.S. 002-2019-S.A. indica la denuncia se inicia con la expresión de necesidad de protección del derecho a la salud ante una presunta vulneración formulada por un usuario o tercero legitimado ante SUSALUD o ante la toma de conocimiento a través de terceros de la necesidad de protección del derecho a la Salud.

La aplicación de las herramientas metodológicas, instrumentos y estrategias serán aplicadas en el H.A.C.R.-S.

VII ESTRATEGIAS.

El proceso de atención de Reclamos debe reflejar las siguientes etapas:

1. Admisión y Registro.
2. Investigación.
3. Resultado y Notificación.
4. Archivo y Custodia del expediente.

VIII. METODOLOGIA Y CONTENIDO.

METODOLOGÍA:

- La metodología a través del proceso de enseñanza – aprendizaje está orientado al desarrollo de competencias y habilidades para la atención del usuario mejorando la calidad de atención.
- Talleres presenciales y virtuales de capacitación sobre manejo de reclamaciones
- Difusión sobre derechos a usuarios de salud, a través de plataformas virtuales y/o tecnológicas
- Señalización
- Orientación y charlas educativas

CONTENIDO:

- Actualización de las herramientas de satisfacción del usuario interno y externo.
- Deberes y Derechos del usuario de salud (Ley 29414. Ley de Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud aprobado el 30 de septiembre de 2009, Es la modificación del Art 15° de la Ley General de la Salud para desarrollar, sistematizar e incorporar mayores derechos a la información, a la atención y recuperación de la salud y al consentimiento informado.



DIRECCION HOSPITAL ALFREDO CALLO RODRIGUEZ SICUANI
DIRECCION DE GESTION Y CALIDAD SANITARIA

- Mecanismos y procedimientos de atención sobre reclamos que establece el usuario según Resolución Directoral N°1241-2020-DRSC/OGRH
- Mecanismos y procedimientos de atención sobre sugerencias que establece el usuario según Resolución Directoral N°1241-2020-DRSC/OGRH
- Fortalecimiento de Habilidades Blandas en el personal de salud

IX. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

a. FACILITADORES Y PARTICIPANTES

Los Facilitadores:

- Responsables de la Plataforma de Atención del Usuario del Hospital

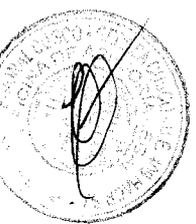
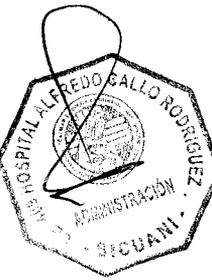
b. PARTICIPANTES:

Usuarios Externos de Salud
Jefes de Servicios del Hospital
Personal de Salud del Hospital



X. PRESUPUESTO POR ESPECÍFICAS DE GASTO:

Partida	N° días	N° Personas	Costo unitario	Total	Fuente Financiamiento
23.27.101 Seminarios y Talleres (Refrigerios)	02 Refrigerio : para 02 días	60	6.00	360.00	RO
Total		240		360.00	





**GOBIERNO REGIONAL DEL CUSCO
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD CUSCO
UNIDAD EJECUTORA 409**



**DIRECCION HOSPITAL ALFREDO CALLO RODRIGUEZ SICUANI
DIRECCION DE GESTION Y CALIDAD SANITARIA**

**CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES
DE LA PLATAFORMA DE ATENCION AL USUARIO -2022**

OBJETIVO				CRONOGRAMA 2022											
Contribuir a mejorar la calidad de atención a los usuarios estableciendo pautas de funcionamiento de la Plataforma de Atención al Usuario (PAU) con el propósito de fortalecer la satisfacción del usuario				ENERO	FEBRE	MARZ	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOST	SETIEM	OCTUB	NOVIEM	DICIEM
ACTIVIDAD	TAREAS	Medidas de Verificación	RESPONSABLES												
Atención al usuario de salud que establece un Reclamo de Salud	Acompañamiento al usuario de salud ante el establecimiento de Reclamo	Libro de Reclamaciones	Responsable de la Plataforma de Atención al Usuario (PAUS)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Información, Orientación y comunicación	Informe de actividades	Responsable de la Plataforma de Atención al Usuario (PAUS)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Manejo de conflictos para la resolución de Reclamo (Trato Directo	Informe Trato Directo / IBOS	Responsable de la Plataforma de Atención al Usuario (PAUS)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Inicia procesos de investigación, adjunta información y remite Reclamos a Comité de Reclamaciones del hospital	Expedientes	Responsable de la Plataforma de Atención al Usuario (PAUS)	X											
	Entrega de cartas de respuesta a usuarios	Cargo de entrega	Responsable de la Plataforma de Atención al Usuario (PAUS)		X										
Capacitación a usuario interno y externo	Manejo de Interposición de Buenos Oficios	Informe de IBOS	Responsable de la Plataforma de Atención al Usuario (PAUS)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Taller de capacitación sobre procedimientos de manejo de Reclamos/sugerencias establecidas por usuarios dirigidos a personal de salud	Informe/lista de participantes	Responsable de la Plataforma de Atención al Usuario (PAUS)			X					X				
	Difusión de deberes y derechos en salud dirigido a usuario interno y externo	Informe/lista de participantes	Responsable de la Plataforma de Atención al Usuario (PAUS)				X								
	Presentación de informes de Mejoras	informe	Responsable de la Plataforma de Atención al Usuario (PAUS)							X					X
	Sugerencias presentadas	informe	Responsable de la Plataforma de Atención al Usuario (PAUS)							X					X



**“PLAN T.D.R. DE PROYECTOS DE MEJORA CONTINUA
HOSPITAL ALFREDO CALLO RODRIGUEZ, AÑO FISCAL 2022”
TERMINO DE REFERENCIA**

POBLACION OBJETIVO: Comités de Proyectos de Mejora de la Calidad de la U.E.N° 409-Hospital Alfredo Callo Rodríguez.

PRODUCTO

Personal profesional con competencias para el cumplimiento de funciones establecidos en la Norma Técnica de Proyectos de Mejora Continua de la Calidad y el uso de Herramientas en el marco del Sistema de gestión de la calidad en salud , contribuyendo a la mejora continua de los procesos hospitalarios.



ACTIVIDAD:

En Planificación del programa, desarrollo de las actividades de las Herramientas para elaboración de proyectos de mejora continua.

CÓDIGO:

Responde al POI, Plan Táctico de la Unidad de Gestión y Calidad Sanitaria del Hospital relacionada al Plan Táctico, Matriz 1.

INSTANCIA RESPONSABLE: Oficina de Calidad y Comité de Acreditación.

FUENTE DE FINANCIAMIENTO: Recursos Ordinarios

CALENDARIO

Enero a Diciembre del 2022

I. FUNDAMENTACION:

La implementación del Sistema de gestión de la Calidad en Salud, esta dirigida a la mejora continua de los procesos hospitalarios a través de la aplicación de técnicas y herramientas para la elaboración de proyectos de mejora continua dentro del marco de la gestión de la calidad.

El propósito es el de orientar a los diferentes actores del sistema hacia una adecuada manera de implementar dichos actores dentro del marco del Sistema de Gestión de la Calidad, lo cual constituye una prioridad del HACR-S.

EN este TDR se establecen las actividades para consolidar la implementación de la Norma Técnica de proyectos de mejora de la Calidad de Atención en nuestro Hospital, con la finalidad de mejorar los procesos inmersos en esta, asimismo, lograr la mejora de competencias del personal en la identificación de problemas y elaboración de proyectos de mejora logrando así mejorar la calidad de atención.



II. FINALIDAD.

Contribuir a la implementación del sistema de gestión de la Calidad en Salud y sus actividades dirigidas a la mejora continua de los procesos a través de la aplicación de técnicas y herramientas para la gestión de la Calidad.

III. OBJETIVO GENERAL

Brindar al personal de las organizaciones de Salud, un documento de consulta provea la metodología para la elaboración de proyectos para la gestión de la Calidad.



OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- Facilitar el desarrollo de capacidades en las organizaciones de Salud para la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad y el desarrollo de actividades dirigidas a la mejora continua de la Calidad.
- Establecer las pautas y pasos para la elaboración de proyectos de mejora de la Calidad y la aplicación de las técnicas y herramientas para la mejora de los procesos.

BASE LEGAL.

- Ley N° 26842, Ley General de Salud.
- Ley N° 27657, Ley del Ministerio de Salud.
- Ley N° 27813, Ley del SISTEMA Nacional coordinado y Descentralizado de Salud.
- Ley N° 27815, Ley del Código de Ética de la Función Pública.
- D.S. N° 013-2006-S.A. Reglamento de Establecimiento e Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- R.M. N° 519-2005/MINSA, Sistema de Gestión de la Calidad de la Atención en Salud.
- R.M. N° 640-2006/MINSA, que aprueba el Manual para la Mejora Continua de la Calidad.
- R.M. N° 727-2009/MINSA, que aprueba el Documento Técnico de Política Nacional de Calidad en Salud.
- **RM N° 095 – 2012 / MINSA** Guía Técnica para la Elaboración de Proyectos de Mejora y la aplicación de Técnicas y herramientas para la Gestión de la Calidad.

IV AMBITO DE APLICACIÓN.

El TDR de Atención en Salud es de aplicación en el Hospital Alfredo Callo Rodríguez.





V ESTRATEGIAS

I. ETAPA DE ESTUDIOS

Documentación de base que describe y justifica el proyecto

- a. Identificación de la oportunidad de mejora.
- b. Planteamiento del problema.
- c. Determinación de las causas.
- d. Determinación de indicadores para medir los logros.
- e. Recopilación de datos básicos.
- f. Planteamiento de hipótesis sobre los cambios o intervenciones.
- g. Priorizar las causas raíz a intervenir
- h. Formular el plan de acción



II. ETAPA DE IMPLEMENTACIÓN

Etapa en que el proyecto se convierte progresivamente en realidad a través del uso de recursos y actividades previstas, también es denominada fase operativa del proyecto.

III. ETAPA DE SEGUIMIENTO

Etapa de seguimiento del proyecto a lo largo del tiempo para que, en caso de que haya desviaciones negativas, se introduzcan medidas correctivas.

IV. ETAPA DE EVALUACIÓN

Verificación de cumplimiento del objetivo planificado al inicio de la Intervención, en base a los resultados alcanzados.

VI

FECHA/LUGAR:

Auditorium del Hospital Alfredo Callo Rodríguez.

Mes Calendario: junio.

METODOLOGIA:

- Expositiva presencial o virtual.
- Taller.
- Comité de Acreditación.

CONTENIDO:

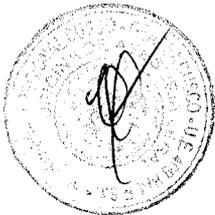
- Política Nacional de Calidad en Salud , R.M. N° 727-2009/MINSA.
- Sistema de Gestión de la Calidad.
- Guía Técnica para la Elaboración de Proyectos de Mejora y la Aplicación de Técnicas y Herramientas para la Gestión de la Calidad.

VII RECURSOS HUMANOS.

- 05 Médicos.
- 05 Enfermeros.
- 05 Obstetras.
- 05 Otros.

VIII PONENTE:

- Responsable de Oficina de Calidad.





- Comité de Mejora Continua.
- Otro Ponente.

IX CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.

FECHA	HORA	ACTIVIDADES	RESPONSABLES
11/05/22	8.00 am	Inscripción de participantes	Equipo organizador
	8.30 am	Inauguración del evento	Equipo organizador
	9.15 am	Proyectos de Mejora Continua. Metodología para la Elaboración de Proyectos de Mejora.	Lic. Lucia Ramos
	11.00 am	REFRIGERIO	
	11.30 am	Componentes de un Proyecto de Mejora.	Lic. Lucia RAMOS
	14.30 pm	RECESO	
	14.30 pm	Técnicas y Herramientas.	Lic. AngEla Maquera
12/05/22	8.30 am	Inscripción de participantes	Lic. Lucia Ramos
	9.00 am	Taller de Metodología para la Elaboración de Proyectos de Mejora	Lic. Heydi Zambrano
	11.00 am	REFRIGERIO	
	11.30 am	Exposición de trabajos	Comité de Acreditación
	13.00 pm	RECESO	
	14.30 pm	Acuerdos y compromisos	

IX. PRESUPUESTO POR ESPECÍFICAS DE GASTO:
FUENTE DE FINANCIAMIENTO: Recursos Ordinarios

Partida	N° días	N° Personas	Costo unitario	Total	Fuente Financiamiento
23.15.12 material de Escritorio	01	20	10.00	200.00	RO
23.27.101 Seminarios y Talleres (Refrigerios)	02 Refrigerio : mañana	40	8.00	320.00	RO
Total		60		520.00	



**“TDR DE EVALUACION DE SATISFACCION DEL USUARIO EXTERNO-ENCUESTAS
RAPIDAS-EN EL HOSPITAL ALFREDO CALLO RODRIGUEZ, AÑO FISCAL 2022”
TERMINO DE REFERENCIA**

POBLACION OBJETIVO: Usuario externo del Hospital Alfredo Callo Rodríguez.



PRODUCTO: Nivel de la satisfacción del usuario externo, del servicio de Consultorio externo, Hospitalización y Emergencia.

ACTIVIDAD: Identificar las principales causas del nivel de Insatisfacción del usuario externo, para la Implementación de acciones para la mejora.

CÓDIGO: Responde al Plan Táctico de la Oficina de Calidad en Salud.

INSTANCIA RESPONSABLE: Oficina de Calidad.

FUENTE DE FINANCIAMIENTO: Recursos Ordinarios

CALENDARIO: Octubre –Diciembre del 2022

FUNDAMENTACION:

Cabe resaltar que durante los últimos años se han desarrollados grandes esfuerzos y múltiples iniciativas para la medición de la calidad a través de la evaluación de la satisfacción de los usuarios externos, ante la gran demanda de atención en los Establecimientos de Salud se percibe un grado de insatisfacción creciente de los usuarios del sistema de salud de allí la necesidad de explorar otras metodologías con cuestionarios sencillo y de fácil aplicación que muestren resultados para la toma de decisiones y genere un proceso de mejora continua de la calidad de atención.

El abordar las inquietudes del usuario externo es tan esencial para la atención de buena calidad como la competencia técnica. Para el usuario, la calidad depende principalmente de su interacción con el personal de salud, de atributos tales como el tiempo de espera, el buen trato, la privacidad, la accesibilidad de la atención y sobre todo de que obtenga el servicio que procura.

En los momentos actuales se es competitivo como organización o como persona si se está entre los que, de acuerdo a criterios del mercado, proporcionan mayor satisfacción al cliente. De tal forma que localidad de los servicios de salud pasa a constituir una exigencia que se extiende progresivamente desde una perspectiva tradicionalmente centrada en la institución a otra que incorpore la perceptiva de los usuarios y trabajadores



DIRECCION HOSPITAL ALFREDO CALLO RODRIGUEZ SICUANI
DIRECCION DE GESTION Y CALIDAD SANITARIA

de los servicios, que los enfoques gerenciales denominan usuarios externos e internos respectivamente.

Las encuestas, como método de investigación, son el medio empleado para conocer la satisfacción de los usuarios externos con los servicios recibidos, para la implementación de acciones para la mejora continua, basados en la satisfacción del usuario externo.

En el año 2019, la aplicación de la encuesta por el equipo de Oficina de Calidad en Salud.

Considerando el Manejo adecuado del instrumento, el contenido de los cuestionarios y la importancia del trabajo que realizarían.

Se inició la aplicación del instrumento SERVQUAL a los usuarios de los servicios de consultorios externos, Hospitalización y Emergencia desde el mes de noviembre tomando el estudio en el mes de diciembre del presente año.

Para el procesamiento de datos obtenidos y el análisis correspondiente se utilizó como herramienta de proceso el aplicativo en Excel SERVQUAL modificado. El análisis de la información fue realizado por el equipo de la Unidad de Calidad, teniendo como base los reportes obtenidos en el aplicativo y contando con la participación de las diferentes unidades involucradas en los procesos.

En el año 2020 – 2021 , dada la emergencia sanitaria por la pandemia de Coronavirus Covid-19, se aplicó la estrategia de Las Encuestas de Satisfacción Rápidas generalmente se basan en una encuesta breve y estructurada de preguntas normalizadas. La principal ventaja de las encuestas reducidas es que pueden reunirse y analizarse los datos en pocos días, y la toma de decisiones se hace más oportuna y rápida.

En base a estas definiciones se han validado encuestas para los servicios de consultorio externo, emergencia y hospitalización de los establecimientos de salud según su categoría, tomando en cuenta las dimensiones de fiabilidad, empatía, seguridad, capacidad de respuesta, aspectos tangibles y tiempos de espera.

N°	SERVICIO	SATISFECHOS	INSATISFECHOS	SATISFACCION	INSATISFECHOS
		2020		2021	
1	EMERGENCIA	44.9%	55.1%	71.1	28.9
2	HOSPITALIZACION	58.4%	41.6%	90.0	10.0
3	CONSULTORIO EXTERNO	85.0%	15.0%	66.2	33.8

Como se puede observar ningún servicio llega a alcanzar el porcentaje ideal en satisfacción al usuario, por tal motivo según los diferentes ITEMS, se realizó diferentes acciones de mejora en particular en el servicio de Admisión, emergencia.

Por tal motivo es necesario realizar nuevamente la encuesta con la finalidad de medir el impacto de las acciones de mejora y seguir reorientado para el cambio en favor al usuario externo.



II OBJETIVO GENERAL

Determinar los niveles de satisfacción e insatisfacción de salud de manera rápida y Oportuna de los EESS de II Nivel de Atención del Ámbito de la U.E. N° 409- Hospital Alfredo Callo Rodríguez-Sicuani.

III OBJETIVOS ESPECIFICOS.



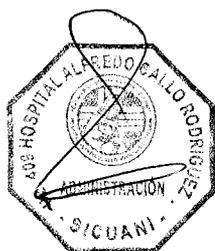
REALIZAR ENCUESTAS A Usuarios externos que se atienden en el servicio de Hospitalización, consultorio externo y emergencia del Hospital.
 Identificar las principales causas del nivel de insatisfacción del usuario externo.
 Desarrollar acciones/planes/proyectos de mejora continua en base a los resultados obtenidos

IV METODOLOGIA

Aplicación de encuesta Rápida de satisfacción SERVQUAL a los usuarios externos, que se atienden en consultorio externo, Hospitalización y emergencia.

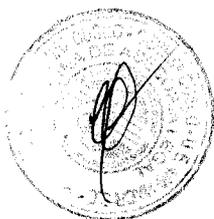
Muestra.

SERVICIOS	ENCUESTAS
Consultorio externo	50
Emergencia	50
Hospitalización	50
Total	150



V CRITERIOS DE INCLUSION:

- Usuarios externos a encuestar, ambos sexos, mayores de 18 años de edad al momento que acuden a una atención en salud en el establecimiento de salud o servicio médico de apoyo.
- Familiar u otra persona que acompaña al usuario externo que acude a una atención en salud en el establecimiento de salud o servicio médico de apoyo.
- Usuario externo que brinde su aprobación para encuestarle.



VI CRITERIOS DE EXCLUSION.

- Acompañante de usuarios menores de 18 años y de aquellos que presenten algún tipo de discapacidad por la que no puedan expresar su opinión.
- Usuarios o familiar que no desee participar en el estudio.
- Usuarios con trastornos mentales que no estén acompañados por sus familiares.
- En el caso de que un usuario no otorgue su consentimiento deberá encuestar al inmediato siguiente.



- Usuarios sin instrucción

VII MATERIALES:



- 150 encuestas.
- 10 lapiceros.

PERSONAL.

- 08 Técnicos de enfermería del HACRS.

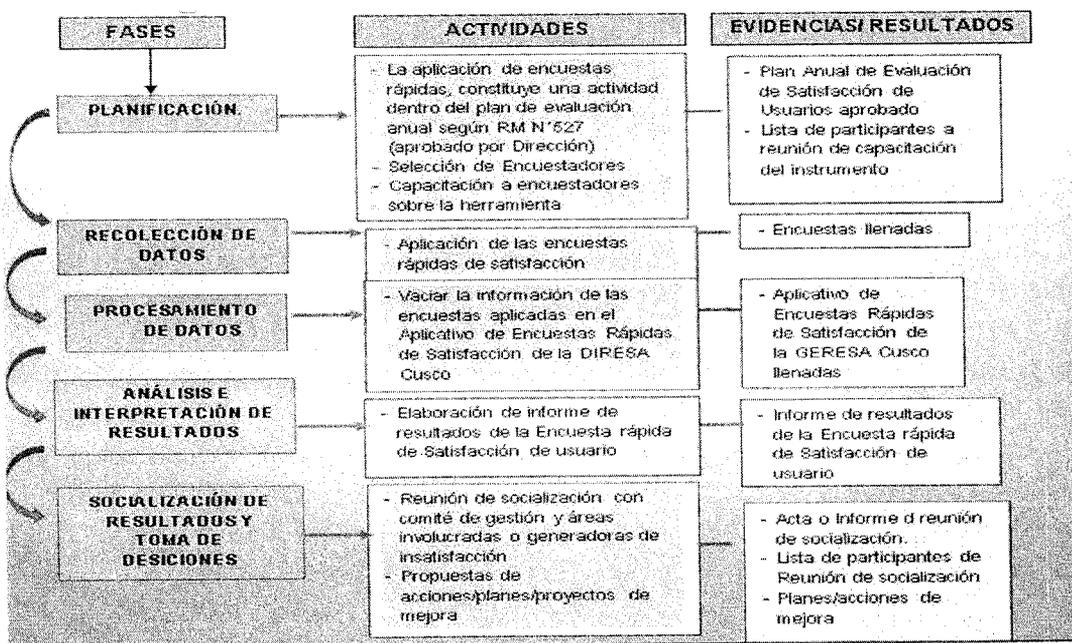
IX. PERIODO DE APLICACIÓN DE LAS ENCUESTAS.

El periodo de aplicación de las encuestas Rápida programada en el año 2022, con prioridad en los meses de octubre y noviembre.

X. TIEMPO QUE TOMA LA APLICACIÓN DE UNA ENCUESTA.

La duración aproximada para la aplicación de encuestas rápidas es de 8 minutos.

FASES DEL PROCESO DE EVALUACIÓN DE SATISFACCIÓN DE USUARIO A TRAVÉS DE ENCUESTAS RÁPIDAS.





GOBIERNO REGIONAL DEL CUSCO
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD CUSCO
UNIDAD EJECUTORA 409



DIRECCION HOSPITAL ALFREDO CALLO RODRIGUEZ SICUANI
DIRECCION DE GESTION Y CALIDAD SANITARIA

XII. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES:

PROGRAMACION DE MEDICION DE SATISFACCION DE USUARIO EXTERNO 2022.

ACTIVIDADES	PRODUCTO	CRONOGRAMA												RESPONSABLES
		E	J	J	A	S	O	N	D					
Plan/TDR de Medición de SERVQUAL 2022	Plan/TDR	X												Oficina de Calidad
Selección de encuestadores	Actas/Memorándum			X										Oficina de Calidad
Capacitación a encuestadores	Actas/lista de participantes					X								Oficina de Calidad
Aplicación de la Encuesta	Encuestas llenadas						X							Oficina de Calidad
Ingreso de Información en el aplicativo de Encuestas Rápidas	Aplicativo llenado									X				Oficina de Calidad
Elaboración de Informe de Resultados	Informe										X			Oficina de Calidad
Reunión de socialización	Actas/lista									X				Oficina de Calidad
Implementación de acciones de mejora y/o Proyectos de mejora.	Acciones de mejora/planes/proyectos											X		Oficina de Calidad

X PRESUPUESTO POR ESPECÍFICAS DE GASTO:

FUENTE DE FINANCIAMIENTO: Recursos Ordinarios

Partida	N° días	N° Personas	Costo unitario	Total	Fuente Financiamiento
23.27.101 Seminarios y Talleres (Refrigerios)	02 Refrigerio : para 2 dias	10	10.00	200.00	RO
Total		10		200.00	



**“PLAN T.D.R. DE AUTOEVALUACION PARA LA ACREDITACION
HOSPITAL ALFREDO CALLO RODRIGUEZ, AÑO FISCAL 2022”
TERMINO DE REFERENCIA**

POBLACION OBJETIVO: Personal profesional y Equipos de Salud de la U.E.N° 409- Hospital Alfredo Callo Rodríguez.

PRODUCTO

Personal profesional con competencias para el cumplimiento de funciones establecidos en el marco del Sistema de gestión de la calidad en salud, aprobado mediante la R.M. N° 519-2006/MINSA, Documento Técnico : R.M. N° 456-2007/MINSA, Norma Técnica N°050-MINSA/DGSP.V.02. Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.



ACTIVIDAD:

En el ANTES: Planificar el programa, durante aplicación de Metodologías apropiadas a la capacitación de la Norma técnica. DESPUES: Realización del informe final de la capacitación realizada.

CÓDIGO:

Responde al POI, Plan Táctico de la Unidad de Gestión y Calidad Sanitaria del Hospital relacionada al Plan Táctico, Matriz 1.

INSTANCIA RESPONSABLE: Oficina de Calidad y Comité de Acreditación.

FUENTE DE FINANCIAMIENTO: Recursos Ordinarios

CALENDARIO Enero a Diciembre del 2022

I. FUNDAMENTACION:

En el marco de los Lineamientos de Política de Salud, mediante la R.M. N° 519-2006/MINSA, aprobando el documento técnico del Sistema de Gestión de la Calidad en salud, el cual establece los conceptos de las políticas, principios, objetivos, estrategias y componentes de dicho sistema.

Un componente de la gestión Hospitalaria es la gestión de la calidad. El sistema de Gestión de la calidad tiene por objetivo mejorar continuamente la calidad de los servicios, recursos y tecnología. Este sistema tienen cuatro componentes: Planificación, Organización, Garantía y mejora e información para la calidad.

El componente Garantiza y Mejora de la calidad son el conjunto de acciones que se llevan a cabo para regular y consolidar el desempeño, en forma continua de tal



DIRECCION HOSPITAL ALFREDO CALLO RODRIGUEZ SICUANI
DIRECCION DE GESTION Y CALIDAD SANITARIA

manera que la atención prestada sea lo más efectiva, eficaz y segura posible, orientada siempre a la satisfacción del usuario.

En el marco de las normas del sistema de gestión para la calidad, uno de los procesos de los que se vale este componente es la Acreditación de Establecimientos de Salud.

La acreditación de los establecimientos de salud, es un proceso de evaluación periódica con la finalidad de promover acciones de mejoramiento continuo de la calidad de atención y el desarrollo armónico de los servicios de un establecimiento de salud, está basada en la comparación del desempeño del prestador de salud con una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar, formulados por los actores clave de la atención de la salud.

La acreditación se enfoca en la evaluación de algunos elementos de estructura de una amplia gama de procesos y de algunos resultados.

La acreditación está regulada mediante la norma técnica N° 050-MINSSA/DGSP.V.02 "Acreditación de establecimientos de salud y servicios Medios de Apoyo" la cual ha sido publicada en julio del 2007, reemplazante a la versión anterior pública en julio del 2006.

En ese contexto la Unidad de Calidad del Hospital Alfredo Callo Rodríguez y su componente el Comité de acreditación han elaborado un Plan de TDR dando cumplimiento a la normatividad vigente respecto a la Acreditación emanada por ente Regional DIRESA Cusco y ente central Rector, Ministerio de Salud con una visión integral de que los Hospitales cumplan con los requisitos mínimos de calidad de esa manera estar acreditado.

La capacitación es el eje central para poder desarrollar adecuadamente el proceso de Acreditación que permitirá al personal de salud potenciar sus conocimientos que se basan en la norma técnica en el presente año 2021.

II. OBJETIVOS.

- Establecer las actividades de organización del proceso de Autoevaluación en el Hospital Alfredo Callo Rodríguez.
- Realizar la Autoevaluación para la Acreditación del Hospital Alfredo Callo Rodríguez.
- Analizar resultados de Autoevaluación e implementar las mejoras.
- Determinar acciones de intervención (capacitación y asesoría técnica) referidas al cumplimiento de las mejoras sugeridas.

III BASE LEGAL.

- Ley N° 26842, Ley General de Salud.
- Ley N° 27657, Ley del Ministerio de Salud.
- Ley N° 27813, Ley del SISTEMA Nacional coordinado y Descentralizado de Salud.
- Ley N° 27815, Ley del Código de Ética de la Función Pública.
- D.S. N° 013-2006-S.A. Reglamento de Establecimiento e Salud y Servicios Médicos de Apoyo.



DIRECCION HOSPITAL ALFREDO CALLO RODRIGUEZ SICUANI
DIRECCION DE GESTION Y CALIDAD SANITARIA

- R.M. N° 519-2005/MINSA, Sistema de Gestión de la Calidad de la Atención en Salud.
- LEY N° 27806, Ley de Transparencia y acceso a la Información Pública.
- Ley N° 27813, ley DEL Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud.
- Ley N° 27867, Ley Orgánica de los Gobiernos Regionales.
- Ley N° 27972, Ley Orgánica de Municipalidades.
- D.S. N° O23-2005-SA "Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud .



RESOLUCION PRESIDENCIAL N° 026-CND-P-2005, que aprueba el Plan de Transferencia Sectorial del quinquenio 2005-2009.

R.M. N° 1263-2004/MINSA. "Lineamientos para la Organización y Funcionamiento de la estructura de Calidad en los Hospitales del Ministerio de Salud".

IV **METODOLOGIA.**

- Expositiva/virtual.
- Taller.

V **CONTENIDO**

- Acreditación Hospitalaria.
- Autoevaluación para la acreditación.
- Listado de Estándares de Acreditación.
- Estándares, Técnicas de Evaluación y Calificación.
- Conformación de equipos de trabajo.
- Lista de chequeo pre-elaboradas por el MINSA.
- Informe final de la Autoevaluación.

VI **RECURSOS HUMANOS:**

- 04 Médicos.
 - 06 Enfermeros.
 - 02 Obstetras.
 - 03 Otros.
- Total participantes 15.

FACILITADORES:

- Oficina de Calidad.
- Comité de Acreditación.

FECHA/LUGAR:

Sicuani, julio-diciembre 2022.

Auditórium del Hospital Alfredo Callo Rodríguez.



GOBIERNO REGIONAL DEL CUSCO
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD CUSCO
UNIDAD EJECUTORA 409
DIRECCION HOSPITAL ALFREDO CALLO RODRIGUEZ SICUANI
DIRECCION DE GESTION Y CALIDAD SANITARIA



VII RECURSOS MATERIALES.

- Equipo multimedia, LAPTOP, Computadora, Impresora.
- Impresión de la norma técnica 050.
- Impresión de listado de estándares.
- Impresión de matriz para la evaluación

VIII CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.

FECHA	HORA	ACTIVIDADES	RESPONSABLES
08/06/22	8.00 am	Inscripción de participantes	Equipo organizador
	8.30 am	Inauguración del evento	Equipo organizador
	9.15 am	Sistema de Gestión de la Calidad Norma Técnica N° 050	Lic. Lucia Ramos
	11.00 am	REFRIGERIO	
	11.30 am	Acreditación Hospitalaria.	Lic. Lucia RAMOS
	13.00 pm	Autoevaluación para la Acreditación.	LIC. Heydi Zambrano
09/06/22	8.30 am	Inscripción de participación	
	9.15 am	Listado de Estándares de acreditación	Lic. Lucia Ramos
	11.00 am	REFRIGERIO	
	11.30 am	Estándares, técnicas de evaluación.	Comité de Acreditación
	12.00 pm	Informe final de la autoevaluación	Comité de Acreditación

IX. PRESUPUESTO POR ESPECÍFICAS DE GASTO:

FUENTE DE FINANCIAMIENTO: Recursos Ordinarios

Partida	N° días	N° Personas	Costo unitario	Total	Fuente Financiamiento
23.22.44 Servicio de Impresiones y encuadernado	01	30	8.00	240.00	RO
23.27.101 Seminarios y Talleres (Refrigerios)	02 Refrigerio : mañana	30	8.00	240.00	RO
Total		60		480.00	



**“GUIAS DE PRACTICA CLINICA BASADAS EN EVIDENCIA CIENTIFICA Y SU
ADHERENCIA, HOSPITAL ALFREDO CALLO RODRIGUEZ, AÑO FISCAL 2022”
TERMINO DE REFERENCIA**

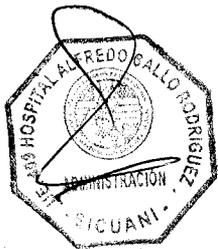
POBLACION OBJETIVO: EQUIPOS RESPONSABLES de los servicios, personal asistencial, administrativo del Hospital Alfredo Callo Rodríguez del segundo nivel de atención.

PRODUCTO:



Personal con competencias para el cumplimiento de la funciones establecidas en la Guía de Práctica Clínica, involucradas en la gestión clínica, constituye un proceso de rediseño organizativo, el mismo que incorpora a los profesionales de salud en la gestión de los recursos utilizados en su práctica clínica, poniendo en el centro de atención al paciente. Por lo tanto, el curso diseñado tiene componentes básicos de gestión clínica para la alta gerencia, la gerencia media y equipo operativo. En el marco del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, contribuyendo a la mejora continua del desempeño de los profesionales de la Salud en nuestra Región.

ACTIVIDAD:



Planificación del Programa, desarrollo de las actividades en Guías de práctica clínica basadas en evidencia, buscando lograr los mejores resultados con eficacia, eficiencia y efectividad, de tal manera que a nivel profesional, se promueve el uso de la medicina basada en la evidencia a través del uso generalizado de las guías de práctica clínica, las auditorias y los compromisos de gestión. A nivel asistencial, se busca la efectividad clínica de los procesos y recursos empleados y finalmente a nivel de gestión de la unidad clínica, se busca la eficiencia, la buena organización interna, el uso racional de recursos, la capacitación y motivación del personal.

CÓDIGO:

Responde al Plan Táctico de la Oficina de Gestión y Calidad Sanitaria del Hospital Alfredo Callo Rodríguez.

INSTANCIA RESPONSABLE: Oficina de Calidad Sanitaria.

FUENTE DE FINANCIAMIENTO: Recursos Ordinarios

CALENDARIO junio a diciembre del 2022



I. FUNDAMENTACION:

En el marco de los Lineamientos de Política de Salud, mediante la R.M. N° 519-2006/MINSA, aprobado el documento técnico del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, el cual establece los conceptos de las políticas, principios, objetivos, estrategias y componentes de dicho sistema.

El curso diseñado tiene componentes básicos de gestión clínica para la alta gerencia, la gerencia media y equipo operativo.

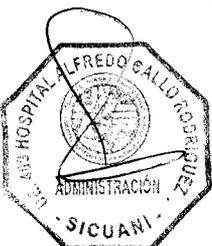


El personal que labora en los servicios de salud juega un papel importante en la consecución de una mejora continua del trabajo y en ocasiones se ve afectado por diversos factores, siendo el personal de salud quienes garantizan la salud de la población a su cargo, los 365 días del año y las 24 horas del día, incidiendo en ellos, los diferentes estilos de liderazgo de los administrativos, el modo de comunicación, las relaciones interpersonales, vulnerabilidad entre los valores de la institución y los valores individuales de los trabajadores, cumplimiento de la disciplina laboral y actitud por parte de los trabajadores, lo cual influye sobre la satisfacciones de las personas que acuden al servicio, entendiendo como tal, el grado con que la atención prestada satisface las expectativas del usuario, sin que necesariamente exista una relación directa con el nivel de calidad científica.

En este TDR, se establecen las actividades para consolidar la implementación de la Norma Técnica de Guías de Práctica clínica basadas en evidencias. Garantizando de esta forma el cumplimiento de estándares de localidad en Salud y mejora de la calidad de la Atención en Salud.

El comité de Guías de Práctica Clínica debe ejecutar Adherencias de guías de práctica clínica, que estén contempladas dentro del plan y según instancia correspondiente a pedido expreso y oficial de la autoridad máxima del Hospital.

II. FINALIDAD.



Contribuir a la calidad y seguridad de las atenciones de salud, respaldadas por Guías de Práctica Clínica, basadas en evidencias científicas, ofreciendo el máximo beneficio y el mínimo riesgo para los usuarios de las prestaciones en salud, así como la optimización y racionalización del uso de los recursos.

III OBJETIVOS GENERAL.



Estandarizar los procesos de salud mediante la incorporación de Guías de Práctica Clínica, fundadas en evidencias científicas, en el marco de las normas técnicas establecidas por el MINSA, haciendo uso de herramientas metodológicas.

IV OBJETIVO ESPECÍFICO.

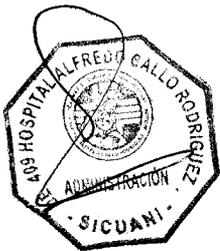
- Determinar los procesos necesarios para la elaboración de las Guías de Prácticas Clínicas en Adapte del sector salud.
- Establecer la metodología para la elaboración de Guías de Prácticas clínicas en Adapte.
- Adecuar y actualizar las guidas de Practica Clínica existentes según la



metodología propuesta y acordes a la categoría de los establecimientos de salud.

V BASE LEGAL.

- Ley N° 26842 , Ley General de Salud.
- Ley N° 27657, Ley del Ministerio de Salud.
- D.S. N°023-87-SA. Reglamento General de Establecimientos de Salud del Sub-sector no Público.
- D.S. N°014-2002-SA. Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- R.M. N° 768-2001-SA/DM, Sistema de Gestión de la Calidad en Salud.
- R.M. N° 769-2004-MINSA, Categorías de establecimientos del Sector Salud.
- R.M.N°751-2004-MINSA, Sistema de Referencias y Contrareferencias de los EESS.
- R.M. N° 776-2004/MINSA, Norma Técnica de la Historia Clínica de los establecimientos de Salud del Sector Público y Privado.
- R.M. N° 519-2005/MINSA, Sistema de Gestión de la Calidad de la Atención en Salud.
- R.M. N° 474-2005/MINSA, que aprueba la NT. N° 029-MINSA/DGSP-V.01. Norma Técnica de Auditoria de la Calidad de Atención en Salud.
- R.M.N°456-2007/MINSA, que aprueba la NTS N| 050-MINSA/DGSP-V.02. Norma Técnica de Salud para la Acreditación de EESS y SMA, del 4 de junio 2007.
- R.M. N° 589-2007/MINSA, que aprueba el Plan Nacional Concertado de Salud MINSA/DGSP del 20 de julio 2007.
- R.M.N°596-2007/MINSA, que aprueba el Plan Nacional de Gestión de la Calidad en Salud MINSA, del 20 de julio 2007.
- R.M. N° 302-2015/MINSA. Norma Técnica de Salud para la Elaboración y uso de guías de Practica Clínica del MINSA.



VI AMBITO DE APLICACIÓN.

El TDR DE guías de Practicas Clínicas en Adapte, es de aplicación en Hospital Alfredo Callo Rodríguez de Sicuani.

VII ESTRATEGIAS.

- La Dirección, jefaturas de servicios identificadas y comprometidas para el mejoramiento continuo en la elaboración de guías de práctica clínica.
- Desarrollar las guías de Practica Clínica en ADAPTE.
- Estandarizar, las experiencias, presentar en los órganos desconcentrados para la toma de decisiones, traducidos en mejora continua.
- Elaborar y aprobar con R.D. las guías de práctica clínica de la institución.



VIII METODO Y CONTENIDO.

- Curso –taller.
- Trabajo de grupo.
- Exposición – dialogo.

FECHA /lugar: Auditorium del Hospital Alfredo Callo Rodríguez.

Mes calendario: junio a diciembre 2022.



CONTENIDO:

Medicina Basada en la evidencia, Presentación de las guías de Practica Clínica y FLUJO Gramas propuestas por Hospitales.

Metodología Adapte , Taller de lectura crítica.

- Taller de propuesta de Reglamento de funciones del Grupo Elaborador de Guías de Practica.
- Elaboración del Plan de trabajo para la Adopción de GPC.
- Fortalecimiento en la metodología de elaboración de GPC.
- Programa de optimización de Uso Racional de Antimicrobianos como insumo para mejorar la elaboración/adopción u adaptación de las GUIas de Práctica Clínica.
- Evaluación de la adherencia a las GPC en los servicios de la IPRESS.



RECURSO HUMANOS:

Personal de Salud Asistencial y Administrativo del H.A.C.R.-S .

- Servicio de Medicina.
- Servicio de Pediatría.
- Servicio de Cirugía.
- Servicio de Ginecoobstetricia.
- Servicio de Emergencia.
- Servicio de Centro Quirúrgico.
- Servicio de Consultorios externos.

PONENTES:

- Responsable de la Oficina de Calidad del HACRS.
- Presidente del Comité de GPC.
- Otros

IX CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.

FECHA	HORA	ACTIVIDADES	RESPONSABLES
13/07/22	8.00 am	Inscripción de participantes	equipo organizador
	8.30 am	Inauguración del evento	Equipo organizador
	9.15 am	Medicina Basada en la evidencia. Presentación de GPC y flujogramas	Comité de GPC



GOBIERNO REGIONAL DEL CUSCO
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD CUSCO
UNIDAD EJECUTORA 409



DIRECCION HOSPITAL ALFREDO CALLO RODRIGUEZ SICUANI
DIRECCION DE GESTION Y CALIDAD SANITARIA

		propuestos por Hospitales.	
	11.00 am	REFRIGERIO	
	11.30 am	Evaluación de la Adherencia a las GPC.	Comité de GPC
	13.00 pm	RECESO	
	14.30 pm	Metodología ADAPTE, Taller	Comité de GPC
	8.00 am	Inscripción de participantes	Comité de GPC
	8.30-10.00 am	Taller de propuesta de Reglamento de funciones del grupo elaborador de GPC	Comité de GPC
	10,00 .10.30 am	REFRIGERIO	Comité de GPC
	10,30 am	Elaboración del plan de trabajo para la Adopción de GPC.	Comité de GPC
	13,00	RECESO	Comité de GPC
	14,30 pm	Fortalecimiento en la metodología de elaboración de GPC	Comité de GPC
	16.30	acuerdos y compromisos	Comité de GPC



X. PRESUPUESTO POR ESPECÍFICAS DE GASTO:

FUENTE DE FINANCIAMIENTO:	N° días	N° Personas	Costo unitario	Total	Fuente Financiamiento
Recursos Ordinarios artida					
23.27.101 Seminarios y Talleres (Refrigerios)	02 Refrigerio : mañana por día	60	8.00	480.00	RO
Total		60		480.00	

