

MINISTERIO DE SALUD  
INSTITUTO NACIONAL DE  
SALUD DEL NIÑO-SAN BORJA

"Decenio de la igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"  
"Año de la Lucha contra la Corrupción y la Impunidad"



**RESOLUCION DIRECTORAL**

Lima, 11 MAR. 2019

**VISTO:**

El expediente N° 19-002823-001, sobre la aprobación del Plan de Gestión de Calidad en Salud del INSN SB 2019; y,

**CONSIDERANDO:**

Que, el Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud", aprobado mediante Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, define al Sistema de Gestión de la Calidad como el conjunto de elementos interrelacionados que contribuyen entre otros a evaluar a las entidades de salud del Sector y a sus dependencias públicas, en lo relativo a la calidad de la atención y de la gestión;

Que, el precitado documento precisa que el sistema incluye los componentes de planificación, organización, garantía y mejora de la calidad e información para la calidad dentro de la dirección estratégica de la Dirección en la perspectiva de diseñar, gestionar y mejorar los procesos institucionales hacia una cultura de calidad;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, se aprobó la "Política Nacional de Calidad en Salud", que establece las directrices que orientan el desarrollo de las intervenciones destinadas a mejorar la calidad de la atención en el sistema de salud del Perú;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 095-2012/MINSA, se aprobó la "Guía Técnica para la Elaboración de Proyectos de Mejora y la Aplicación de Técnicas y Herramientas para la Gestión de la Calidad", que define a la gestión de la calidad como 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 gestión de la calidad y se llevan a cabo mediante la planificación, garantía y mejoramiento de la calidad;

Que, el artículo II.3.3 del Manual de Operaciones del Instituto Nacional de Salud del Niño - San Borja, aprobado por Resolución Ministerial N° 512-2014/MINSA, establece que la Unidad de Gestión de la Calidad es la Unidad de asesoramiento, responsable de la implementación de normas, metodologías y procesos del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud aprobados por el ente rector, a fin de mejorar continuamente los servicios de salud que brinda el Instituto;



Que, mediante Nota Informativa N° 0084-2019-UGC-INSN-SB, el Jefe (e) de la Unidad de Gestión de la Calidad, presenta el Plan de Gestión de Calidad en Salud del INSN SB 2019, el mismo que cuenta con opinión favorable de la Unidad de Planeamiento y Presupuesto, emitido a través del Informe 031-2019-UPP/INSNSB;

Que, mediante Informe Legal N° 70-2019-UAJ-INSN-SB, la Unidad de Asesoría Jurídica opina que el Plan de Gestión de Calidad en Salud del INSN SB 2018, se encuentra enmarcado dentro de la normatividad vigente;

Con el visto bueno del Director Adjunto, del Jefe (e) de la Unidad de Gestión de la Calidad, del Director Ejecutivo de la Unidad de Planeamiento y Presupuesto, y de la Jefa (e) de la Unidad de Asesoría Jurídica;

De conformidad con las Resoluciones Ministeriales N° 519-2006/MINSA, N° 727-2009/MINSA, N° 095-2012/MINSA, N° 512-2014/MINSA y N° 021-2019/MINSA;

### SE RESUELVE:

**Artículo 1°.- APROBAR** el Plan de Gestión de Calidad en Salud del INSN SB 2019, el mismo que como anexo adjunto forma parte de la presente Resolución Directoral.

**Artículo 2°.- ENCARGAR** a la Unidad de Gestión de la Calidad que realice la ejecución, supervisión y monitoreo de las actividades contenidas en el citado documento, debiendo informar a la Unidad de Planeamiento y Presupuesto sobre su cumplimiento.

**Artículo 3°.- DISPONER** la publicación de la presente resolución en el portal institucional de la Entidad, conforme a las normas de transparencia y acceso a la información pública.

### REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y PUBLÍQUESE

INSN-SB  
Instituto Nacional de Salud del Niño  
San Borja  
Dr. A. RICARDO ZOPPE RUBIO  
Director General (e)  
CMP. 8780 RNE. 2550

RAZR/jelc

#### Distribución:

- Cc
- ( ) Director Adjunto
  - ( ) Unidad de Gestión de la Calidad
  - ( ) Unidad de Planeamiento y Presupuesto
  - ( ) Unidad de Asesoría Jurídica
  - ( ) Unidad de Tecnologías de la Información
  - ( ) Archivo



# **PLAN DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD DEL INSN SB 2019**

## **UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD**

**LIMA - PERÚ**

## INDICE

1.	GENERALIDADES .....	3
2.	BASE LEGAL .....	3
3.	ALCANCE .....	3
4.	LA UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD .....	4
4.1.	FUNCIÓN PRINCIPAL .....	4
4.2.	LINEAMIENTOS INSTITUCIONALES DEL INSN SB .....	4
5.	DIAGNOSTICO .....	5
5.1.	INFRAESTRUCTURA .....	5
5.2.	RECURSO HUMANO .....	5
5.3.	COMITÉ INSTITUCIONALES DE ASESORAMIENTO A LA CALIDAD .....	5
5.4.	PRODUCCION .....	7
5.5.	GESTION POR PROCESOS .....	7
5.6.	FODA.....	9
6.	OBJETIVO GENERAL: .....	10
7.	PROGRAMACION DE ACTIVIDADES:.....	10
8.	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN: .....	10
8.1.	RESPONSABLE DE SEGUIMIENTO DEL PLAN.....	10
8.2.	RESPONSABLES DE REPORTAR AVANCES DEL PLAN.....	10
9.	PRESUPUESTO .....	11



## 1. GENERALIDADES

El Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja (INSN SB) es una Institución de alta complejidad que atiende niños y adolescentes referidos a nivel nacional, teniendo como función principal el brindar atención altamente especializada y compleja, así como el desarrollo de la investigación científica e innovación dentro de los Ejes especializados de Cardiología y Cirugía Vascular, Neurocirugía, Cirugía Neonatal y Pediátrica, Atención integral del paciente Quemado, Especialidades Quirúrgicas, Especialidades Pediátricas, Hematología, Trasplante de médula ósea y trasplante de órganos sólidos; para a partir de ello formular un marco normativo de la atención sanitaria compleja a nivel nacional.

## 2. BASE LEGAL

- Ley N° 26842 - Ley General de Salud.
- Ley No 27815, Ley del Código de Ética de la Función Pública.
- Ley N° 27927, que modifica la Ley N°. 27806 Ley de transparencia y acceso a la información Pública.
- Ley No 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.
- Decreto Supremo N° 072-2003-PCM, que aprueba el Reglamento de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública.
- Decreto Supremo N° 033-2005-PCM, que aprueba el Reglamento de la Ley del Código de Ética de la Función Pública.
- Decreto Supremo N°008-2010, que aprueba el Reglamento de la Ley N°29344
- R.M N° 502 - 2016 - MINSA: Norma Técnica de Salud de Auditoria de la Calidad de Atención de la en Salud -N° 029 - MINSA /DIGEPRES-V.02.
- RM N° 597-2006-SA/DM, Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica.
- RM N° 519-2006-SA/DM, Sistema de Gestión de la Calidad en Salud.
- RM N° 456- 2007 - MINSA: Norma Técnica de Salud para la acreditación de establecimientos de Salud y servicios médicos de apoyo.



## 3. ALCANCE

El presente plan es de cumplimiento obligatorio por las Unidades de Atención Integral Especializada, la Unidad de Gestión de Calidad y los sistemas administrativos comprometidos con su ejecución.



## 4. LA UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

Dentro del marco de la Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública, la Unidad de Gestión de la Calidad (UGC) del INSN SB tiene como objetivo general implementar el Sistema de Calidad en la Institución evaluando estrategias, metodologías e instrumentos orientados a los resultados, enmarcados en la gestión por Procesos, siendo uno de los pilares en el cual la UGC basa su accionar, para garantizar un adecuado nivel de satisfacción y seguridad de nuestros usuarios externos e internos en relación a los servicios otorgados por el INSN SB.

### 4.1. Función Principal

Es la Unidad de asesoramiento a la Dirección General y responsable de la implementación de los principios, normas, metodologías y procesos del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud aprobada por el ente rector, a fin de impulsar la mejora continua de los servicios de salud.

### 4.2. Lineamientos institucionales del INSN SB

**Visión:** Convertirnos en el 2021, en uno de los mejores centros de referencia de la región de América Latina para el tratamiento de patologías quirúrgicas complejas, trasplantes de órganos, tejidos y células.

**Misión:** Brindar atención altamente especializada en cirugía neonatal compleja, cardiología y cirugía cardiovascular, neurocirugía, atención integral al paciente quemado y trasplante de médula ósea.

Simultáneamente se realizará investigación y docencia, estableciendo el marco normativo de la atención sanitaria a nivel nacional.



## 5. DIAGNOSTICO

### 5.1. Infraestructura

La Unidad de Gestión de la Calidad se encuentra ubicada en el segundo piso del pabellón administrativo, contando en su distribución orgánica y funcional con lo siguiente

Ambiente modular de 13,34 m<sup>2</sup>.

### 5.2. Recurso Humano

Cargo	Cantidad	Modalidad
Jefe/a de oficina	1	CAS
Médico especialista en gestión de la salud	1	Servicios
Especialista en proyectos	1	Servicios
Servicio de apoyo, orientación e información al público	4	Servicios
Médico especialista	1	Nombrado
Médico especialista en gestión de la salud II	1	CAS
Especialista en gestión en salud I	1	Servicios
Técnico/asistente administrativo I	1	CAS
Especialista legal	1	Servicios

### 5.3. Comités institucionales de asesoramiento a la calidad

El desarrollo de las acciones de calidad cuenta con el soporte de diversos comités institucionales, lo cuales se encuentran formalmente conformados:

- Comité Farmacoterapéutico: RD N° 041/2016/INSN-SB/T
- Comité de Historias Clínicas: RD N° 114/2016/INSN-SB/T
- Comité de Farmacovigilancia y Tecnovigilancia: RD N° 114-2015-INSNSB-DG/T
- Comité de Gestión de la Calidad Institucional: RD N° 117-2015-INSNSB-DG/T
- Comité de Prevención y Control de Infecciones Asociadas a la Atención de Salud del INSN-SB: RD N° 130-2015-INSNSB-DG/T
- Comité de Ética Hospitalaria RD N° 157-2015-INSNSB-DG/T
- Comité de Seguridad del Paciente: RD N° 160-2015-INSNSB-DG/T
- Comité de Equipo Conductor: RD N° 172-2015-INSNSB-DG/T
- Mediante R.D. N° 184/2017/INSN-SB/T, aprobado el 11 de octubre del 2017, se conforma el equipo de mejora continua de la calidad del INSNSB.





## PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD DEL INSN SB- 2019

- Mediante **R.D. N° 158/2017/INSN-SB/T**, aprobado el 03 de noviembre del 2015, el Instituto Nacional de Salud del Niño - San Borja, reconforma el Equipo de Acreditación del INSNSB y el Equipo de Evaluadores Internos del INSNSB.

El asesoramiento y apoyo que brindan los comités al desarrollo de la calidad institucional son los siguientes:

- ✓ Asistir en la Mejora integral y continua de la Unidad de Gestión de la Calidad en la planificación, supervisión y control de las actividades programadas en el Plan Operativo Institucional para Calidad.
- ✓ Intervención en el reforzamiento de temas relacionados en Seguridad del Paciente, Acreditación, Capacitación de Calidad y Mejora Continua.
- ✓ Desarrollar un proceso continuo de seguimiento y monitoreo de los procesos claves para el buen desempeño de los diferentes niveles de la organización, que permitirá una adecuada atención a los pacientes de nuestra institución.
- ✓ Fortalecer el perfil técnico de los recursos humanos de salud en aspectos relacionados a la garantía de calidad, a nivel normativo, conductivo y operativo.
- ✓ Optimizar el componente de vigilancia y control de la garantía de la calidad en la prestación de servicios de salud, desde la perspectiva epidemiológica, que evidencien cambios importantes en la salud de la población.
- ✓ Fortalecer el sistema de orientación, atención al Usuario con el reporte de Sugerencias, Quejas y Reclamos, pudiendo intervenir en la retroalimentación de las intervenciones basándonos en los requerimientos del paciente y su acompañante.
- ✓ Promover la participación y corresponsabilidad en el cuidado de la salud (ciudadano, familia, comunidad y autoridades locales).
- ✓ Intervención con Asesoría Técnica para la elaboración de perfiles de Proyectos de Mejora, originados a partir de las necesidades identificadas por los usuarios internos y externos.
- ✓ Fortalecer la aplicación de los diseños y la ejecución de estudios e investigaciones relacionados a Calidad Total con el fin de promover la Mejora Continua en la atención integral de los Servicios de Salud

- Responsable del Libro de Reclamaciones: RD N° 122-2015-INSNSB-DG/T

- Responsable de Plataforma de Atención al Usuario: RD - 016/2018/INSN-SB





#### 5.4. PRODUCCION

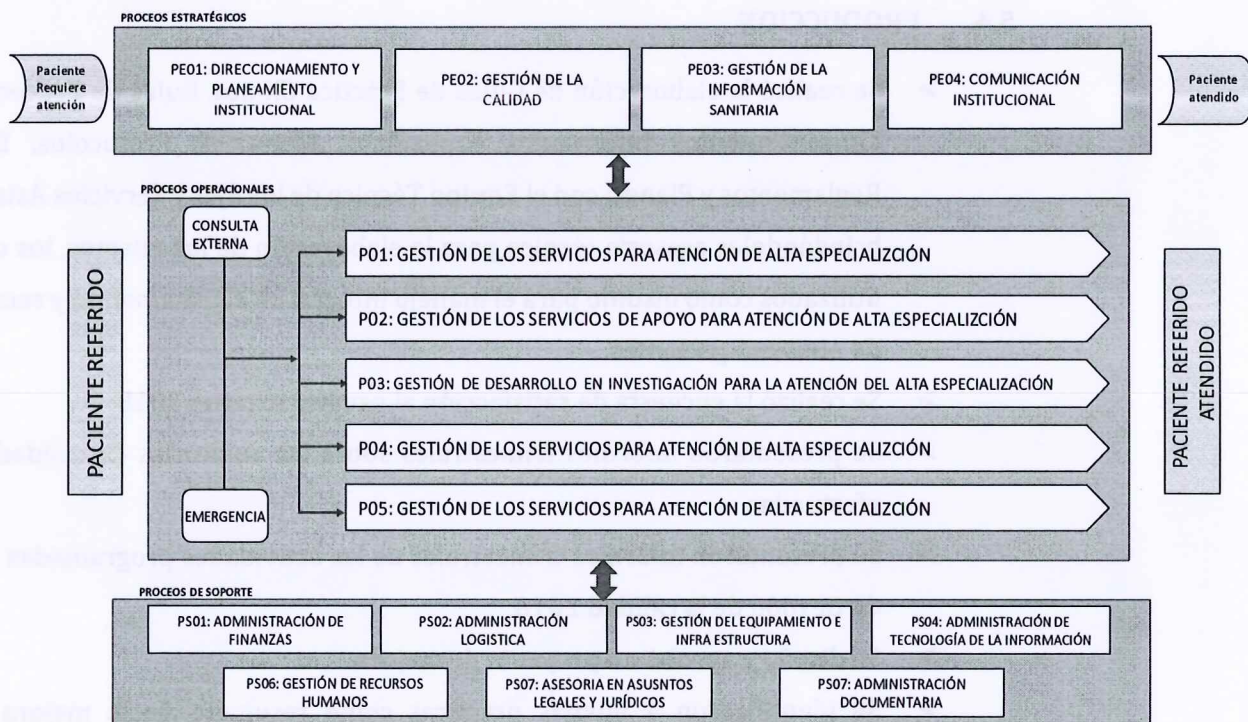
- Se realizó la elaboración de Guías de Práctica Clínica, Guías de Procedimientos, Consentimientos Informados Específicos, Manuales, Protocolos, Directivas, Reglamentos y Planes; con el Equipo Técnico de los Ejes y Servicios Asistenciales, brindándoles asesoría técnica para la elaboración de los mismos, los cuales son utilizados como insumo para el manejo integral en el tratamiento y recuperación de nuestros pacientes.
- Se realizó la encuesta de satisfacción al usuario externo 2018
- Se presentaron informes trimestrales sobre las auditorias de calidad en salud efectuadas.
- Se presentaron informes trimestrales de las actividades programadas en el Plan de Gestión de la calidad 2018.
- Se diseñó y aprobó un proyecto de mejora.
- Se identificaron 4 buenas prácticas como resultado de la mejora continua institucional obtuvieron reconocimientos.
- Se presentaron informes trimestrales sobre rondas de seguridad efectuadas y eventos adversos en el INSN SB.
- Se desarrolló un concurso de buenas prácticas institucionales en donde participaron 33 postulaciones del personal administrativo y asistencial.

#### 5.5. GESTION POR PROCESOS

Las actividades de gestión de la calidad tienen soporte en el Manual de proceso institucional y corresponde al proceso estratégico PE.02 Gestión de la calidad.



PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD DEL INSN SB- 2019





## 5.6. FODA

FORTALEZAS	DEBILIDADES
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Experiencia y especialización del RRHH en atención sanitaria especializada en Pediatría y en Adolescentes.</li> <li>- Personal comprometido e identificado con el logro de los objetivos institucionales.</li> <li>- Ampliación de la atención y asistencia especializada a regiones mediante el uso de Tecnologías de Información y Comunicación en Salud (Telesalud).</li> <li>- Reconocimiento institucional a nivel Nacional de Proyectos de Mejora Continua y Buenas Prácticas de Gestión Pública implementados.</li> <li>- Equipamiento de última generación.</li> <li>- Intervención descentralizada.</li> <li>- Personal profesional calificado y con experiencia en la atención al usuario y mejora continua.</li> <li>- Comunicación y trabajo en equipo.</li> <li>- Capacidad del personal para resolver problemas, quejas y reclamos.</li> <li>- Posicionamiento institucional en el sector salud.</li> <li>- Ser Centro de referencias en nuestra cartea de servicios</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Infraestructura de la unidad no adecuada, cuenta con espacios limitados.</li> </ul>
OPORTUNIDADES	AMENAZAS
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Potencial posicionamiento para la atención medica quirúrgica de alta complejidad.</li> <li>- Alianzas estratégicas con organizaciones nacionales e internacionales para el desarrollo asistencial, tecnológico, investigación y docencia.</li> <li>- Desarrollo de la Asociación Pública Privada.</li> <li>- Integración a SERVIR</li> <li>- Políticas gubernamentales de mejora continua, gestión por procesos y modernización con orientación al ciudadano.</li> <li>- Convenios interinstitucionales para fomentar las buenas prácticas e investigación.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cambios de Políticas en Salud.</li> <li>- Demora en la elaboración y diseño de procesos en algunas unidades y servicios y de otros documentos de gestión.</li> </ul>



## 6. OBJETIVO GENERAL:

“Implementar el Sistema de Calidad en el INSN SB, formulando, evaluando estrategias, metodologías e instrumentos de acuerdo a la Política de Modernización del Estado para la mejora continua en el desempeño Institucional basado en la optimización de procesos aprobados en el marco de la acreditación vigente, para satisfacer las necesidades y expectativas de nuestros usuarios internos y externos”.

Las actividades de la Unidad de Gestión de la Calidad se articulan al siguiente objetivo estratégico institucional establecido en el PEI del MINSA 2019-2021:

*OEI.04 Fortalecer la rectoría y la gobernanza sobre el sistema de salud; y la gestión institucional; para el desempeño eficiente; ético e íntegro; en el marco de la modernización de la gestión pública.*

Asimismo, se encuentra alienado a las políticas de calidad en salud y los criterios de programación para el año 2019 de la Unidad funcional de Gestión de la Calidad en Salud del MINSA.

## 7. PROGRAMACION DE ACTIVIDADES:

La estructura de la programación para el 2019 la establece la Unidad Funcional de Gestión de la Calidad en Salud del Ministerio de Salud y estas se agrupan en 3 componentes:

Planificación, Garantía y mejora e información para la calidad

En total se programan 11 actividades para el año 2019 y las cuales serán evaluadas con indicadores establecidos en la matriz de programación.

## 8. SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN:

### 8.1. Responsable de Seguimiento del Plan

La Unidad de Gestión de la Calidad (UGC) es responsable del seguimiento, evaluación y de la Implementación del plan y reportar su cumplimiento a la Dirección General

### 8.2. Responsables de reportar avances del Plan

Las Sub Unidades de Atención Integral Especializada del Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja, implementarán, monitorizarán y reportarán los avances de su Ejecución a sus Jefaturas y a la Unidad de Gestión de la Calidad.





## 9. PRESUPUESTO

El presupuesto requerido para el desarrollo de las actividades programadas está comprendido en el asignado a la Unidad de Gestión de la Calidad y de acuerdo a la disponibilidad presupuestal.

REQUERIMIENTO	Detalle mensual	Total mensual	Total anual
Contratos CAS	$1 \times 9000 = S/. 9000$ $3 \times 7000 = S/. 21000$ $1 \times 2200 = S/. 2200$	32,200	386400
Servicios de Terceros	$2 \times 7000 = S/. 14000$ $1 \times 6000 = S/. 6000$ $1 \times 4500 = S/. 4500$	24,500	294,000
Papelería	-----	-----	10,900
Servicios concursos de Buenas practicas	-----	-----	15,000
TOTAL	-----	-----	706,300



PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD DEL INSN SB- 2019



MATRIZ DE PROGRAMACION DE PLAN DE GESTION DE LA CALIDAD INSN SB - 2019

Componente	N°	DENOMINACIÓN	UNIDAD DE MEDIDA	FACTOR DE CONCENTRACIÓN	DEFINICIÓN OPERACIONAL	FUENTE DE VERIFICACIÓN/REGISTRO	CRITERIOS DE PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES	NORMATIVA	INDICADORES	INDICADORES CALIDAD INSN SB	Políticas de la calidad en Salud	PROGRAMACIÓN 2019													
												ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AUG	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTAL	
Participación	1	Elaboración del Plan de Gestión de la Calidad del INSN SB	Plan Aprobado	1	Documento mediante el cual se establecen los objetivos, actividades y tareas relacionadas a la gestión de la calidad en el INSN SB.	Plan de Gestión de la Calidad en Salud aprobado por la Infancia/Defensoría	Plan de Gestión de la Calidad en Salud aprobado en forma anual por el INSN SB	RM N° 101-2009/MINSA	Numero de PRESEs que se aprueban con la Infancia/Defensoría	Plan Anual de Gestión de la Calidad aprobado con RD	Setra Política							1							1 2
	2	Implementación de la lista de seguridad de la Calidad en los centros quirúrgicos de salud y el nivel de atención	Informe	2	Asignación de la lista de verificación de las buenas prácticas en seguridad del paciente en los centros quirúrgicos, conforme a la legislación en normatividad vigente	Lista de verificación aplicada, Verificación, Implementación de la lista de verificación	Informe semestral consolidado de la implementación de la lista de verificación de seguridad de establecimientos de salud de nivel I y II	RM N° 101-2010/MINSA	Numero de PRESEs que se aprueban con la Infancia/Defensoría	Informe Semestral de Aplicación de Encuesta de Implementación de LVSC presentados/ Total de Informes Semestralizados "100"	Octava Política						1							1 2	
	3	Implementación del Plan de Atención y Atención de Emergencias en establecimientos de salud	Informe	2	Procedimiento para el registro, notificación y análisis de eventos adversos	Reporte de Eventos adversos registrados, Informe de análisis de eventos adversos	Informe semestral consolidado de registro, notificación y análisis de eventos adversos en salud, ocurridos en establecimientos de salud	RM N° 727-2009/MINSA	Numero de establecimientos de salud que reportan eventos adversos/Total de establecimientos de salud	Informe Semestral Consolidado de registro, notificación y análisis de eventos adversos en salud, ocurridos en establecimientos de salud "100"	Octava Política							1						1 2	
	4	Implementación de la Calidad de Atención en los establecimientos de salud	Informe	2	El al procedimiento Sistemático y Continuo de profesionales de salud, de estándares y requisitos de calidad de los procesos de atención, y que tiene como finalidad fundamental la búsqueda de la mejora continua en la calidad de la atención y servicios médicos de apoyo	Plan anual de auditoria de la calidad de atención (cronograma), Informe de auditorias (Programada y no programada)	Informe semestral de Auditorias de la Calidad de atención realizadas en establecimientos de salud, según tipo de auditoria (Programada y no programada)	RM N° 502-2010/MINSA	Numero de establecimientos de salud que informan a la Infancia/Defensoría	Numero de Auditorias de Calidad Planificadas en el año "100"	Octava Política							1						1 2	
	5	Implementación de proyectos y/o acciones de mejora de la calidad de atención en los establecimientos de salud	Informe	2	Resultado del desarrollo de proyectos y/o acciones de mejora de la calidad de atención, identificadas en las líneas de acción del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud y/o regionales identificadas	Informe sobre proyectos y/o acciones de mejora implementados	Informe semestral de proyectos y/o acciones de mejora relacionados a su implementación en establecimientos de salud de DRESA/GESASADRES	RM N° 205-2010/MINSA	Porcentaje de establecimientos de salud que informan a la Infancia/Defensoría	Numero de proyectos/acciones de mejora implementados en el año "100"	Septima Política							1							1 2
Seguimiento y Monitoreo	6	Implementación de los Lineamientos para la prevención y control de las IAS	Informe	4	Informe trimestral consolidado en relación al porcentaje de implementación de los ses de prevención y control de las IAS a nivel local y regional	Informes trimestrales de los Hospitales, Redes de Salud de DRESA/GESASADRES	Actividades desplegadas a partir de las estrategias establecidas para cada establecimiento de salud de la DRESA/GESASADRES	RM N° 101-2010/MINSA	Numero de establecimientos de salud que informan a la Infancia/Defensoría	Numero de Informes presentados sobre implementación de Lineamientos para la prevención y control de las IAS/ Total de Informes programados al año "100"	Octava Política			1											1 4
	7	Implementación del proceso de mejora de la calidad de atención en los establecimientos de salud	Informe	4	Informe trimestral consolidado en relación al porcentaje de cumplimiento de adherencia a los servicios programados	Informes trimestrales de los establecimientos de salud de la DRESA/GESASADRES	Actividades desplegadas por parte de los responsables de gestión de la calidad en los establecimientos de salud de la DRESA/GESASADRES	RM N° 205-2010/MINSA	Numero de establecimientos de salud que informan a la Infancia/Defensoría	Numero de actividades implementadas para la mejora de la calidad de atención "100"	Octava Política						1							1 4	
	8	Implementación de las acciones de mejora de la calidad de atención en los establecimientos de salud	Informe	4	Informe trimestral consolidado en relación al porcentaje de implementación de las acciones de mejora de la calidad de atención en los establecimientos de salud	Informes trimestrales de los establecimientos de salud de la DRESA/GESASADRES	Actividades desplegadas por parte de los responsables de gestión de la calidad en los establecimientos de salud de la DRESA/GESASADRES		Numero de establecimientos de salud que informan a la Infancia/Defensoría	Numero de Rondas de Seguridad realizadas/Numero de Rondas de Seguridad programadas "100"	Octava Política														
	9	Implementación de la Autogestión de los establecimientos de salud	Informe	1	Actividad de evaluación interna del establecimiento de salud, en la que se evalúan los procesos, procedimientos, estándares, prácticas, recursos humanos, materiales y financieros	Informe sobre conformación de Equipos, Plan de Autoevaluación, Autoevaluación de los establecimientos de salud	Una Autoevaluación al año por establecimiento de salud	RM N° 727-2009/MINSA	Numero de establecimientos de salud que informan a la Infancia/Defensoría	Numero de Informes Técnicos de Autoevaluación Anual realizados/Numero de Informes Técnicos de Autoevaluación programados "100"	Septima Política													1 1	
	10	Medición de los tiempos de espera y/o tiempos de consulta externa/hospitalización/emergencia en establecimientos de salud con categoría I, II y III	Informe	1	Medición de los tiempos de espera y/o tiempos de consulta externa/hospitalización/emergencia en establecimientos de salud con categoría I, II y III	Informe anual de medición de los tiempos de espera y/o movimientos en consulta externa/hospitalización/emergencia, en establecimientos de salud con categoría I, II y III	Informe anual de medición de los tiempos de espera y/o movimientos en consulta externa/hospitalización/emergencia, en establecimientos de salud con categoría I, II y III		Porcentaje de establecimientos de salud que realizan evaluación de tiempos de espera y/o movimientos en consulta externa/hospitalización/emergencia según acciones/proyectos de mejora del establecimiento de salud en consulta externa/hospitalización/emergencia según nivel y categoría	Numero de Informe de Evaluación de tiempos de espera en consulta externa/hospitalización/emergencia / Numero de Informes programados "100"	Septima Política												1		
	11	Medición de la satisfacción del usuario externo en consulta externa/hospitalización/emergencia en establecimientos de salud con categoría I, II y III	Informe	1	Medición del grado de satisfacción del usuario externo en consulta externa/hospitalización/emergencia en establecimientos de salud con categoría I, II y III	Informe anual de medición de la satisfacción del usuario externo en consulta externa/hospitalización/emergencia, en establecimientos de salud con categoría I, II y III	Informe anual de medición de la satisfacción del usuario externo en consulta externa/hospitalización/emergencia, en establecimientos de salud con categoría I, II y III	RM N° 727-2010/MINSA	Porcentaje de usuarios que refieren estar satisfechos con los servicios de salud en consulta externa/hospitalización/emergencia según nivel de categoría I, II y III	Numero de encuestas de evaluación de satisfacción realizadas a usuarios externos en establecimientos de salud con categoría I, II y III	Septima Política													1 1	